

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

ANNÉE 1951

THESE

N° 445

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Pierre FRIART

Né le 16 Février 1921, à Hautmont (Nord)

Présentée et soutenue publiquement le 25 mai 1951

ETIOLOGIES ACTUELLES DE LA PATHOLOGIE MENTALE DANS LE MORBIHAN

Recherches sur les hérédités et quelques autres étiologies
chez des adultes psychopathes et épileptiques
et chez des enfants épileptiques et neuropsychiques

Président : M. DELAY, Professeur.

PARIS
IMPRIMERIE R. FOULON
29, RUE DEPARCIEUX, 29
1951

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

ANNÉE 1951

THESE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLÔME D'ÉTAT)

PAR

Pierre FRIART

Né le 16 Février 1921, à Hautmont (Nord)

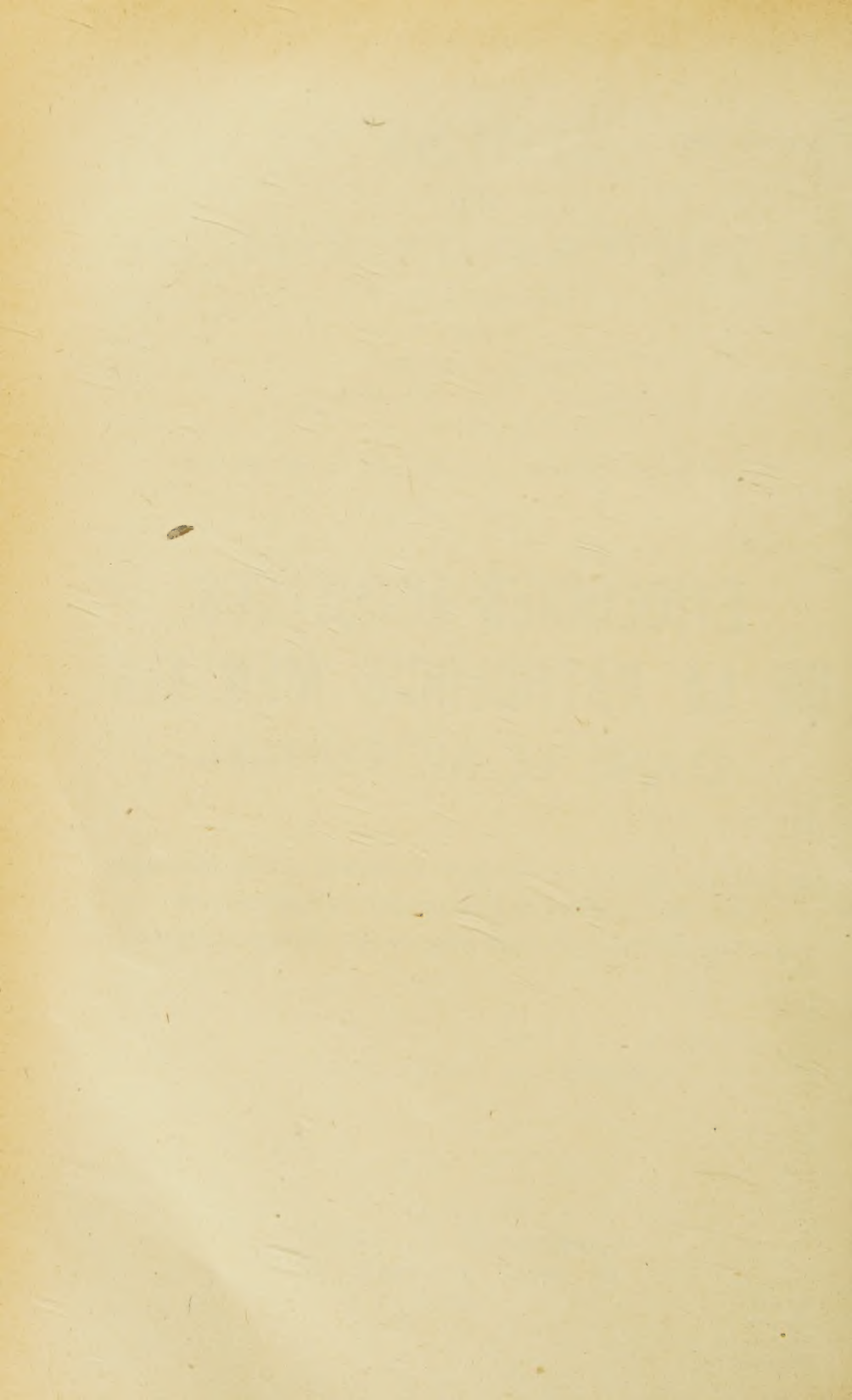
Présentée et soutenue publiquement le 25 mai 1951

ETIOLOGIES ACTUELLES DE LA PATHOLOGIE MENTALE DANS LE MORBIHAN

Recherches sur les hérédités et quelques autres étiologies
chez des adultes psychopathes et épileptiques
et chez des enfants épileptiques et neuropsychiques

Président : M. DELAY, Professeur.

PARIS
IMPRIMERIE R. FOULON
29, RUE DEPARCIEUX, 29
1951



DOYEN HONORAIRE :

M. Baudouin

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. Baudouin, Brindeau, Carnot, Chevassu, Chiray, Clerc, Delbet, Guillain, Hartmann, Harvier, Laignel-Lavastine, Laubry, Lemierre, Lhermitte, Loeper, Marion, Mathieu, Mocquot, Mulon, Ombrédanne, Rouvière, Sannié, Sébilleau, Sézary, Tanon.

DOYEN Léon BINET
Membre de l'Institut
 ASSESSEUR Jean VERNE

I. — PROFESSEURS

MM.

Anatomie	OLIVIER (E.)
Anatomie pathologique	DELARUE
Bactériologie	GASTINEL (P.)
Biologie médicale	VERNE (J.)
Cancérologie médicale et sociale	HUGUENIN (R.)
Carcinologie	OBERLING (C.)
Chimie médicale	OLONOVSKI (M.)
Cliniques chirurgicales	BROCQ (P.)
Hôtel-Dieu	CADENAT (F.)
Saint-Antoine	MONDOR (H.)
Salpêtrière	QUENU (J.)
Cochin	MERLE D'AUBIGNE (R.)
Clinique chirurgicale réparatrice et orthopédique	DONZELOT (E.)
Clinique de cardiologie	FEVRE (M.)
Clinique de chirurgie infantile et d'orthopédie	MONOD (R.)
Clinique de chirurgie pleuro-pulmonaire	BERNARD (E.)
Clinique de la tuberculose	PETIT-DUTAILLIS (D.)
Clinique de neuro-chirurgie	LELONG (M.)
Clinique de puériculture	DEGOS (R.)
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	CHEVALLIER (P.)
Clinique des maladies du sang	ALAJOUANINE (T.)
Clinique des maladies du système nerveux	DEBRE (R.)
Clinique des maladies des enfants	MOLLARET (F.)
Clinique des maladies infectieuses	DELAY (J.)
Clinique des maladies mentales et de l'encéphale ..	FUNCK-BRENTANO
Clinique gynécologique	BENARD (H.)
Hôtel-Dieu	LAROCHE (G.)
Cliniques médicales	MOREAU (R.)
Bichat	LIAN (C.)
Cochin	JUSTIN-BESANÇON (L.)
Pitié	PASTEURVALLERY-RADOT (L.)
Clinique médicale d'hydro-climatologie thérapeutique ..	LANTUEJOUL (P.)
Clinique médicale propédeutique	LEVY-SOLAL (E.)
Cliniques obstétricales	LACOMME (M.)
Tarnier	VELTER (E.)
Baudelocque	AUBIN (A.)
Port-Royal	
Clinique ophtalmologique	RICHTET (C.)
Clinique oto-rhino-laryngologique	HEUYER (C.)
Clinique physio-pathologique des problèmes alimen- taires (<i>chaire à titre personnel</i>)	COSTE (F.)
Clinique psychiatrique infantile	DECHAUME (M.)
Clinique rhumatologique	SENEQUE (J.)
Clinique stomatologique	CHABROL (E.)
Clinique thérapeutique chirurgicale	FEY (B.)
Clinique thérapeutique médicale	GIROUD (A.)
Clinique urologique	MOUQUIN (M.)
Embryologie	CHAMPY (C.)
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LAMY (M.)
Histologie	CATHALA (J.)
Génétique	JOANNON (C.)
Hygiène et clinique de la première enfance	DESOILLE (H.)
Hygiène et médecine préventive	
Médecine du Travail	

Médecine légale	.....
Parasitologie et histoire naturelle médicale	.....
Pathologie chirurgicale	.....
Pathologie exotique	.....
Pathologie expérimentale et comparée	.....
Pathologie médicale	.....
Pathologie et thérapeutiques générales	.....
Pharmacologie et matière médicale	.....
Physiologie	.....
Physique médicale	.....
Radiologie médicale	.....
Technique chirurgicale	.....
Thérapeutique	.....

MM.	
PIEDELIEVRE (R.)	
GAILLIARD (H.)	
DE GAUDART D'ALLAINES (F.)	
LAVIER (G.)	
LEMAIRE (A.)	
BARIETY (M.)	
DE GENNES (L.)	
HAZARD (R.)	
BINET (L.)	
STROHL (A.)	
DESGREZ (H.)	
MOULONGUET (P.)	
TURPIN (R.)	

II. — PROFESSEURS SANS CHAIRE MAITRES DE CONFERENCES-AGREGES ET AGREGES

	MM.
Anatomie	{ CORDIER (J.-C.) Pr. s. ch. DEBEYRE (J.) DELMAS (A.)
Anatomie pathologique	{ Mlle GAUTHIER- VILLARS (P.) Pr. s. ch. BUSSER (F.)
Bactériologie	{ FASQUELLE (R.) NEVOT (A.)
Biologie médicale	BOURLIERE (F.)
Chimie médicale	{ ETTORI (J.) Pr. s. ch. JAYLE (M.-F.) Pr. s. ch. SCHAPIRA (G.)
Dermato- syphiligraphie	{ DEGOS (R.) BULLIARD (H.) Pr. s. ch.
Histologie	{ COLIJARD (R.) DESCLAUX (P.)
Hydrologie	DEBRAY (C.)
Hygiène	{ BOYER (J.) DEPARIS (M.)
Médecine légale	{ DEROBERT (L.) GAULTIER (J.)
Neurochirurgie	N...
Neurologie	{ SEZE (S. DE) GRASSET (J.) LEPAGE (F.) MAYER (M.)
Obstétrique	{ MERGER (R.) RAVINA (J.) VARANGOT (J.)
Ophthalmologie	{ OFFRET (G.) DESVIGNES (P.)
Oto-rhino- laryngologie	{ HALPHEN (E.) Pr. s. ch. MADURO (R.)
Parasitologie	BRUMPT (L.)
Parasitologie coloniale ff	CHABAUD
Pathologie chirurgicale	{ ABOULKER (P.) BAUMANN (J.) GOSSET (J.)

	MM.
Pathologie chirurgicale	{ HUGUIER (J.) LAURENCE (G.) LEGER (L.) OLIVIER (Cl.) PADOVANI (P.) POILLEUX (M.) ROUX (M.) RUDLER (J.-C.) VERNE (J.-M.)
Pathologie expérimentale	{ MERKLEN (P.) BERNARD (J.) BOUDIN (G.) CASTAIGNE (P.) CONTE (M.) DECOURT (J.) DOMART (A.) DREYFUS (G.) FAUVERT (R.) HAMBURGER (J.) KOURILSKY (R.) MAURIC (G.) MILLIEZ (P.) PERRAULT (M.) RAMBERT (P.) THIEFFRY (St.) TURIAF (J.)
Pédiatrie	{ LAPLANE (R.) MARIE (J.) LEVY (Mlle J.)
Pharmacologie	{ Pr. s. ch. CHEYMOL (J.-H.)
Physiologie	{ BARGETON (D.) PARROT (J.-L.)
Physique médicale	{ DOGNON (A.) Pr. s. ch. DJOURNO (A.) GOUGEROT (L.)
Psychiatrie	BARUK (H.)
Psychiatrie infantile	MICHAUX (L.)
Stomatologie	CHAPUT (M ^{me} A.)
Thérapeutique	PERRAULT (M.) chargé d'enseign.
Urologie	KUSS (R.)

III. — PROFESSEURS HONORAIRES ET AGREGES RAPPELES A L'EXERCICE POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM. BRINDEAU (A.) (*Obstétrique*), GATELLIER (J.) (*Clinique chirurgicale*),
LE LORIER (V.) (*Obstétrique*), VAUDESCAL (R.) (*Obstétrique*)

IV. — PROFESSEURS SANS CHAIRE ET AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE A TITRE PERMANENT

MM.		MM.	
Clinique chirurgicale ..	{	Clinique	{
	AMELINE (A.)	médicale	MARCHAL (G.)
	MENEGAUX (G.)		SOULIE (E.)
	PATEL (J.)	Clinique	{
Clinique médicale	SICARD (A.)	obstétricale ..	DIGONNET (L.)
			ECALLE (G.)
	BOULIN (R.)		LACOMME (M.)
	BROUET (G.)	Clinique	
	CACHERA (R.)	ophtalmologique	RENARD (G.)
	GARCIN (J.)	Clinique O.R.L.	
	HAGUENAU (M.)	Clinique	
	LENEGRE (J.)	urologique ...	COUVELAIRE (R.)

MM.

Secrétaire de la Faculté MOREL (J.)
Secrétaire-adjoint Mlle CHAINTREUIL (G.)

Bibliothécaire en Chef Docteur HAHN (A.)
Bibliothécaires Mlles DUMAITRE (P.), GOICHON (A.-M.),
LAURENT (H.), LE NOIR (G.)

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

A MON PERE

A MA MERE

*Qui n'ont jamais cessé de me guider
et de m'encourager.*

*Qu'ils trouvent ici le bien faible té-
moignage de ma gratitude et de mon
affection.*

A MA FEMME

ET

A MES ENFANTS

Avec toute mon affectueuse tendresse.

A TOUS LES MIENS

A MES AMIS

A MONSIEUR LE PROFESSEUR J. DELAY

Professeur de la Chaire de Clinique des Maladies Mentales
Médecin des Hôpitaux
Chevalier de la Légion d'Honneur

Qui a bien voulu nous faire l'honneur d'accepter la présidence de cette thèse.

A MONSIEUR LE DOCTEUR HENRY DAUSSY

Ancien Chef de Clinique à la Faculté de Médecine de Paris
Médecin-Chef à l'Hôpital Psychiatrique de Lesvellec

*Qui m'a proposé le sujet de cette thèse
et m'y a guidé.*

*Que ce maître profondément estimé à
qui je dois l'essentiel de ma formation
médicale, soit assuré ici de ma recon-
naissance pour l'enseignement qu'il m'a
donné et l'appui si bienveillant qu'il ne
cesse de me témoigner.*

*Qu'il me soit permis ici de l'assurer
de mon respectueux et affectueux atta-
chement.*

A MONSIEUR LE DOCTEUR JEAN SALOMON
Médecin-Chef à l'Hôpital Psychiatrique de Lesvellec

A MES MAITRES DES HOPITAUX DE PARIS

et en particulier

A MONSIEUR LE PROFESSEUR LUCIEN DE GENNES

*Qui pendant deux ans m'a accueilli
dans son service et m'a initié à la car-
rière médicale.*

A TOUS CEUX QUI M'ONT AIDÉ, QUI M'ONT TÉMOIGNÉ
UN BIENVEILLANT INTÉRÊT ET QUI S'INTÉRESSENT
A LA PROPHYLAXIE MENTALE DANS LE MORBIHAN

en particulier

A MONSIEUR LE DOCTEUR MALLET
Directeur Départemental de la Santé du Morbihan

A MONSIEUR DE FENOYLS
Directeur Départemental des Services de la Population

A MONSIEUR DESPLANQUES
Directeur de l'Hôpital Psychiatrique de Lesvellec

A MONSIEUR KUNTZ
Directeur des Services Départementaux Agricoles du Morbihan

A MONSIEUR L'INSPECTEUR DÉPARTEMENTAL
DES CONTRIBUTIONS INDIRECTES DU MORBIHAN

Plan

Cet ouvrage a pour sujet l'étude statistique des hérédités et des autres étiologies chez des adultes femmes psychopathes et épileptiques traitées dans les différents services de l'hôpital psychiatrique de Lesvellec, et chez des enfants épileptiques et neuropsychiques soit traités dans le service de neuropsychiatrie infantile du même hôpital, soit examinés dans les différentes consultations d'hygiène mentale du Morbihan. Précisons que tous les malades étudiés sont originaires de ce département.

Dans une première partie, nous présenterons et commenterons des tableaux statistiques et graphiques portant sur les antécédents personnels, héréditaires et collatéraux de :

- 430 femmes psychopathes;
- 44 femmes épileptiques;
- 188 enfants retardés intellectuels;
- 87 enfants présentant des troubles caractériels;
- 43 enfants épileptiques.

Dans une seconde partie, nous essaierons de donner une vue d'ensemble quant à leur rôle dans l'étiologie des troubles neuropsychiques de l'alcoolisme et de la tuberculose qui sont les deux faits pathologiques trouvés le plus souvent dans les antécédents des malades.

Introduction

« Faire le départ entre ce qui revient, d'une part, au milieu et à l'organisme, à l'acquis et à l'inné, aux événements et aux institutions et, d'autre part, aux constitutions et aux hérédités. » Ce texte du Professeur DELAY exprime bien l'idée qui nous a guidé dans cet ouvrage.

L'étiologie des troubles mentaux, de l'épilepsie et des troubles neuropsychiques de l'enfance a fait l'objet de nombreuses études soit sur le plan régional, soit sur le plan général.

LANDOUZY écrivait déjà qu'on entre dans la maladie par trois portes : l'hérédité, l'infection et l'intoxication. En pathologie mentale, dès 1860, MOREL avait su ne pas méconnaître l'importance des causes acquises tout en signalant le rôle du terrain. Puis de nombreux auteurs ont attiré l'attention sur le rôle des facteurs héréditaires et des facteurs acquis dans la genèse des affections neuropsychiques de l'enfant et de l'adulte. « Pour chaque malade, écrit le Docteur BARUK dans son *Traité de Psychiatrie*, joue à la fois le rôle du terrain et des causes acquises suivant des proportions respectives qui ne peuvent être déterminées que par une analyse minutieuse individuelle. » Et étudiant la notion même de terrain, il ajoute : « Le terrain ne résulte pas seulement dans la détermination de la généalogie et de diverses tares entrecroisées au cours des générations : il résulte aussi des maladies accidentelles des parents... A côté de la syphilis, il faut faire place à l'alcoolisme, à la tuberculose, à la misère sociale ainsi qu'aux émotions répétées. » Et à la suite de MOREL, il note à côté du terrain l'importance des faits acquis : traumatismes obstétricaux au moment de la naissance, affections de la première enfance. Déjà

dans la première enfance interviennent les conditions affectives et psychosociales puisqu'il est certain que l'enfant peut être traumatisé affectivement avant l'âge où sa mémoire est capable de retenir le souvenir des traumatismes émotionnels. Au cours de la seconde enfance, de l'adolescence et de l'âge adulte, ces conditions joueront un rôle sans cesse plus important, en même temps qu'interviendront d'autres causes susceptibles d'engendrer des troubles neuropsychiques : infections, intoxications, traumatismes, troubles neuroendocriniens, etc.

De nombreux auteurs ont orienté leurs recherches dans la voie qui avait été indiquée par MOREL et, depuis cet auteur, on a affirmé maintes fois l'importance de l'hérédité dans la genèse des troubles mentaux : « L'influence de l'atavisme quant à l'hérédité morbide, écrivent les Docteurs PRIVAT DE FORTUNIE et VALDENNAIRE, est considérable... Toutes les affections mentales et nerveuses sont soumises au plus haut degré à l'influence héréditaire. » Il est bien admis que cette influence héréditaire s'exerce en tant que prédisposition, créant en certains cas une telle fragilité que la maladie est en puissance et n'attend qu'une occasion pour se manifester, cette occasion étant souvent une affection bénigne.

Certains aspects de l'influence héréditaire dans les affections neuropsychiques ont été plus particulièrement étudiés. Les travaux les plus nombreux ont porté sur l'influence héréditaire des maladies mentales et de l'alcoolisme. Nombreux sont les auteurs qui ont étudié le rôle de l'alcoolisme des ascendants dans l'apparition des retards intellectuels et des troubles caractériels de l'enfance, dans celle de l'épilepsie et des troubles mentaux. Dans le département du Morbihan, l'alcoolisme, tant acquis qu'héréditaire, joue un rôle considérable et qui semble grandir chaque année. Mais il ne joue pas le seul rôle. A côté de lui, associés à lui souvent, mais quelquefois isolés, interviennent d'autres causes de troubles neuropsychiques : vésanie, tuberculose, chocs émotifs, etc.

Cette thèse a pour objet d'examiner, sur le plan départemental, l'influence des causes médicales, psychologiques, sociales dans la genèse des psychopathies, de l'épilepsie, et des trou-

bles neuropsychiques de l'enfance. Notre étude est fondée sur des statistiques que nous avons établies le plus objectivement possible; elle ne porte que sur un nombre de cas assez réduit, mais il nous a paru qu'il pouvait être intéressant de publier les chiffres trouvés, d'essayer d'en tirer de prudentes déductions, espérant qu'ils pourraient contribuer, dans une certaine mesure, à éclairer le problème de l'étiologie des troubles neuropsychiques dans le département et à orienter la prophylaxie de ces troubles.

Ils montreront que si l'alcoolisme tient toujours la première place dans les étiologies actuelles de la pathologie mentale dans le Morbihan, il ne faut pas négliger le rôle joué par d'autres faits pathologiques et notamment par la tuberculose.

1° LES MALADES ÉTUDIÉS.

Nous n'avons retenu pour nos statistiques que des malades originaires du Morbihan et pour qui nous avons des renseignements assez complets et présentant des garanties d'authenticité.

En ce qui concerne les femmes psychopathes et épileptiques, ce sont des malades du département qui ont été traitées ou qui le sont encore dans les différents services de l'hôpital psychiatrique de Lesvellec.

Les enfants étudiés sont des enfants qui ont été soit examinés à la consultation départementale de neuropsychiatrie infantile qui a lieu depuis trois ans une fois par semaine à Lesvellec, soit examinés au cours des années 1948, 1949 et des six premiers mois de 1950 à la consultation mensuelle d'hygiène mentale de Lorient, soit (et c'est le plus grand nombre) traités dans le service de neuropsychiatrie infantile qui occupe un pavillon de 80 lits à l'intérieur même de l'hôpital psychiatrique. Ce service, qui fonctionne depuis quatre ans, est appliqué à la neuropsychiatrie d'enfants curables autour de cinq ans ou au-dessous : caractériels légers, malades neurologiques, instables, retardés intellectuels à degré léger et réductible, enfants présentant les divers troubles du langage.

2° MOYENS D'ÉTUDE.

a) *Enquête sociale.*

Chez les enfants, elle a été faite dans la presque totalité des cas. Mais elle n'a pu être faite que chez un petit nombre d'adultes, le service social à l'hôpital psychiatrique n'existant que depuis un an environ; en ce qui concerne les autres malades adultes, nous n'avons retenu que les cas où les renseignements sur les antécédents ont été recueillis par les médecins et les internes de l'hôpital. Nous avons écarté les cas où des doutes existaient sur l'authenticité des renseignements fournis.

b) *Examen médicopsychologique des enfants.*

Il comprend un examen médical et un examen mental qui comporte notamment différents tests :

- tests d'intelligence de Binet-Simon, Terman, De Parrel, Borel-Maisonny;
- cubes de Kohs;
- tests moteurs de De Parrel et Ozeredski;
- tests sensoriels et caractériels de De Parrel;
- dans plusieurs cas, méthode du dessin.

3° RÉSERVES A FAIRE SUR LES STATISTIQUES.

a) Les renseignements sur les antécédents des enfants étudiés nous ont été fournis, rappelons-le, dans la presque totalité des cas par des enquêtes sociales très détaillées. Ces enquêtes, complétées par les renseignements demandés par les médecins et les internes, nous ont permis d'obtenir des renseignements assez complets sur les antécédents personnels et héréditaires. Par conséquent, les statistiques portant sur les enfants retardés intellectuels, caractériels et épileptiques peuvent être considérées comme ayant une valeur certaine.

b) Il n'en sera pas de même des statistiques portant sur les adultes psychopathes et épileptiques; pour ceux-ci, les renseignements obtenus n'ont pas la même précision que pour les enfants. Ces renseignements ont été fournis, en effet, dans la majorité des cas, par les malades eux-mêmes et par leur

famille; ce n'est que dans un petit nombre de cas qu'une enquête sociale a été faite.

Il est donc vraisemblable qu'il nous manque des renseignements :

— d'une part, parce que les familles omettent de nous signaler certains faits pathologiques intéressants, parce qu'elles n'attachent pas le même intérêt que nous à l'hérédité morbide dont (en dehors de l'hérédité psychopathique) elles ne soupçonnent pas l'importance; en particulier, très souvent, nous restent inconnues les circonstances de la grossesse et de l'accouchement et la pathologie de l'enfance;

— d'autre part parce que, comme l'a dite FÈRE, « les familles trouvent une sorte de honte à l'hérédité morbide » qu'elles taisent ou qu'elles interprètent au moins pour une part. Il n'est guère que les psychopathies et la tuberculose qui soient « avouées ».

c) Pour les enfants comme pour les adultes, une autre cause d'erreur vient de ce que nous ne connaissons que les antécédents des parents et des grands-parents. Ce n'est que dans un très petit nombre de cas que nous avons eu quelques renseignements portant sur les arrière-grands-parents.

PREMIERE PARTIE

Antécédents personnels, héréditaires et collatéraux de 430 femmes psychopathes

I. — ETUDE DES ANTECEDENTS PERSONNELS

Les renseignements obtenus sont, redisons-le, assez incomplets. C'est ainsi que dans la grande majorité des cas nous n'avons eu aucun renseignement sur les circonstances de la grossesse et de l'accouchement, sur la pathologie de l'enfance. C'est évidemment une grave lacune puisque les processus pathologiques qui surviennent pendant la grossesse, à l'accouchement et sans les premières années de la vie sont susceptibles de retentir de façon importante sur l'état mental ultérieur.

Chez 13 malades (soit une proportion de 3,2 %) nous n'avons eu aucun renseignement sur les antécédents personnels; par conséquent, notre étude porte en réalité sur les antécédents personnels de 417 femmes psychopathes.

Précisons par ailleurs que ces psychopathes présentaient différentes maladies mentales; dans le tableau ci-dessus, nous n'avons pas tenu compte de la nature de la maladie mentale.

1° Chez 72 malades (soit une proportion de 17,2 %), nous n'avons trouvé dans les antécédents personnels aucun fait pathologique susceptible d'expliquer l'apparition de la psychopathie. Chez 16 de ces 72 malades, nous n'avons pas trouvé non plus d'antécédents pathologiques héréditaires et collaté-

	Antécédents personnels	Antécédents héréditaires	Antécédents collatéraux
Pas de renseignements	13 soit 3,2 %	50 soit 11,6 %	81 soit 18,8 %
Pas d'antécédents	72 » 17,2 %	66 » 17,3 %	67 » 19,1 %
Syphilis	7 » 1,6 %	1 » 0,2 %	
Alcoolisme	54 » 12,9 %	94 » 24,7 %	
Tuberculose	39 » 9,3 %	67 » 17,6 %	49 » 14 %
Maladies mentales	106 » 25,3 %	57 » 15 %	88 » 25,1 %
Suicides		6 » 1,5 %	6 » 1,7 %
« Nerveux »	21 » 5 %	27 » 7,1 %	4 » 1,1 %
Chocs affectifs	37 » 8,8 %		
Malad. diverses S.N.C.	7 » 1,6 %	3 » 0,6 %	2 » 0,5 %
Encéphaloméningites	7 » 1,6 %	2 » 0,4 %	23 » 6,5 %
Paralysies	5 » 1,2 %	19 » 5 %	3 » 0,8 %
Epilepsie	11 » 2,7 %	2 » 0,4 %	7 » 1,9 %
Maladies allergiques :			
asthme		(asthme)	
eczéma	8 » 1,9 %	15 » 3,9 %	5 » 1,4 %
urticaire			
Rhumatisme	29 » 6,9 %	12 » 3,1 %	2 » 0,5 %
Diabète	4 » 0,9 %	5 » 1,2 %	
Cardiopathies	9 » 2,1 %	17 » 4,4 %	4 » 1,1 %
Mort subite		8 » 2,1 %	2 » 0,5 %
Morts en bas-âge	(enfants) 18 » 4,2 %		(frères et sœurs) 29 » 8,2 %
Mort-nés	(enfants) 11 » 2,7 %		(frères et sœurs) 5 » 1,4 %
Prématurés	7 » 1,6 %		
Gémellité	3 » 0,7 %		
Consanguinité		2 » 0,4 %	
Ictus apoplectiques	2 » 0,4 %	20 » 5,2 %	
Fausse-couches	39 » 9,3 %		
Luxation congénitale de la hanche	5 » 1,2 %	2 » 0,4 %	2 » 0,5 %
Traumatismes graves	7 » 1,6 %		
Dystrophies diverses	2 » 0,4 %		
Infections	20 » 4,8 %		
Erysipèle	5 » 1,2 %		
Maladies chirurgicales	28 » 6,7 %		
Fibrome	9 » 2,1 %		
Dysménorrhée	39 » 9,3 %		
Ménopause difficile	8 » 11,2 %		
Maladies des reins	4 » 0,9 %	9 » 2,3 %	1 » 0,2 %
Intoxications	3 » 0,7 %		
Maladies digestives	18 » 4,2 %	14 » 3,6 %	3 » 0,8 %

	Antécédents personnels		Antécédents héréditaires		Antécédents collatéraux	
Angines	4 »	0,9 %				
Néoplasies	2 »	0,4 %	19 »	5 %	3 »	0,8 %
Hyperthyroïdie	4 »	0,9 %				
Anémie et épuisement	19 »	4,5 %	4 »	0,8 %		
Maladies pulmonaires	73 »	17,5 %	32 »	8,4 %	12 »	3,2 %
Emphysème	2 »	0,4 %	2 »	0,4 %		
Scarlatine	12 »	2,8 %				
Diphthérie	6 »	1,4 %				
Coqueluche	27 »	6,4 %				
Oreillons	8 »	1,9 %				
Rougeole	39 »	9,3 %				
Typhoïde	17 »	4 %	4 »	0,8 %		

raux; pour ces malades nous ignorons absolument l'étiologie possible de la psychopathie. Il en est de même pour 3 autres malades pour qui nous n'avons aucun renseignement sur les antécédents héréditaires et collatéraux.

Par contre, nous avons trouvé chez les ascendants et les collatéraux des 53 autres malades, des faits pathologiques capables d'expliquer la psychopathie. Parmi ces faits, nous avons trouvé surtout l'alcoolisme, les troubles mentaux, la tuberculose et les maladies neurologiques, soit isolés, soit diversément associés. C'est ainsi que nous avons relevé :

- 5 fois l'alcoolisme parmi les ascendants;
- 2 fois l'alcoolisme et la tuberculose parmi les ascendants et les collatéraux;
- 5 fois l'alcoolisme et les psychopathies parmi les ascendants et les collatéraux;
- 1 fois l'alcoolisme, la tuberculose et des maladies neurologiques parmi les ascendants et les collatéraux;
- 1 fois la tuberculose et des maladies neurologiques;
- 6 fois la tuberculose;
- 4 fois la tuberculose et les psychopathies;
- 18 fois les psychopathies;
- 8 fois les maladies neurologiques.

Ce qui permet déjà de soupçonner l'importance de ces faits dans l'apparition des troubles mentaux.

2° Parmi les antécédents pathologiques personnels trouvés chez les 417 femmes psychopathes, nous avons relevé dans 106 cas (soit une proportion de 25,3 %) un ou plusieurs épisodes mentaux antérieurs à l'internement actuel. C'est le fait qui est, de beaucoup, le plus souvent rencontré.

Ces épisodes sont survenus :

- 48 fois chez des malades actuellement internées pour un état mélancolique;
- 20 fois chez des malades actuellement internées pour un état délirant;
- 4 fois chez des malades actuellement internées pour un état de confusion mentale;
- 12 fois chez des malades actuellement internées pour un état de manie aiguë;
- 5 fois chez des malades actuellement internées pour psychose de la sénilité;
- 12 fois chez des malades actuellement internées pour démence précoce;
- 5 fois chez des malades actuellement internées pour débilité mentale.

Il faut retenir par ailleurs que parmi les 417 psychopathes étudiées, 21 (soit 5 %) ont de tout temps été « nerveuses ». Ce terme si communément employé implique des états divers : parfois il s'agit de femmes psychasthéniques, « tracassières », affectées exagérément depuis toujours par les ennuis même peu graves; ou bien il s'agit de femmes dont le caractère a toujours été difficile : irascibles, impulsives parfois, elles tendent à réagir avec une violence injustifiée aux moindres contrariétés; ou bien encore, il s'agit de petites hypomaniaques, petites anxieuses ou de femmes vaguement hypochondriaques.

De toutes façons, il s'agit de femmes chez qui la maladie mentale qui a nécessité l'internement n'a été que l'exagération à forme de syndrome dépressif, de manie ou d'état délirant d'une constitution névropathique qui trouve sans doute sa cause dans l'hérédité morbide.

3° Nous avons rarement retrouvé la syphilis dans les antécédents personnels (comme d'ailleurs dans les antécédents héréditaires et collatéraux de nos malades). La syphilis est, en effet, rare dans le Morbihan : elle est pratiquement inexistante dans l'intérieur du département et on ne la rencontre guère que dans la zone côtière : les 7 cas de syphilis dépistés à l'entrée parmi nos malades, concernaient des habitantes de la région lorientaise.

Il nous paraît souhaitable de faire remarquer dès maintenant cette rareté de la syphilis dans les antécédents de nos malades, bien que nous ayions l'intention d'insister à nouveau sur ce point quand nous étudierons les antécédents des enfants épileptiques, caractériels et retardés intellectuels.

Dans les antécédents pathologiques personnels des malades mentales, nous n'avons trouvé que 7 fois la syphilis acquise, soit la faible proportion de 1,6 %.

4° Plus important est le rôle de l'alcoolisme. Quand nous étudierons dans son ensemble le problème de l'influence de cette intoxication quant à l'étiologie des troubles neuropsychiques, nous publierons des courbes qui montreront clairement que l'alcoolisme est beaucoup plus fréquent dans les antécédents personnels des aliénés hommes que dans ceux des aliénées.

— Sur les 417 femmes psychopathes que nous avons étudiées, 54 (soit 12,9 %) ont des antécédents éthyliques marqués.

Ce chiffre peut paraître faible si l'on réfléchit que l'alcoolisme chronique est très répandu dans le département du Morbihan qui est grand producteur de cidre et d'eau-de-vie. Nous ferons remarquer d'une part, que nous n'avons retenu que les cas où l'alcoolisme est certain, les cas où il semble avoir joué un rôle essentiel dans l'apparition de la psychopathie, d'autre part, que notre étude porte sur des malades dont certaines sont entrées depuis plusieurs années à l'hôpital psychiatrique (depuis 1945) ; or, en ce qui concerne ces dernières, nous dirons plus loin que l'intoxication a été moins fréquente et moins accentuée en raison des restrictions en boissons alcoolisées sous l'influence des mesures légales prises pendant l'occupation, et sous l'influence des récoltes qui furent faibles.

Une étude portant sur les malades entrées à l'hôpital psychiatrique de Lesvellec entre le 1^{er} juin 1950 et le 1^{er} décembre 1950 donne un tout autre résultat : elle montre que 27,5 % de ces malades ont été internées pour des troubles mentaux dus à l'alcoolisme aigu ou chronique (35 malades sur 127 entrées).

5° La tuberculose est trouvée dans les antécédents des psychopathes moins souvent que l'alcoolisme, mais encore avec une certaine fréquence. Nous avons relevé des évolutions tuberculeuses dans les antécédents personnels de 39 malades (soit dans 9,3 % des cas). Nous n'avons tenu compte que des cas de tuberculose nettement avérée, confirmée par les examens cliniques, radiologiques, bacilloscopiques; mais il y a lieu de penser qu'à côté de ces formes dont la nature tuberculeuse n'est pas douteuse, nombre de nos malades présentent des formes torpides sur lesquelles nous insisterons quand nous étudierons dans son ensemble le problème des relations entre la tuberculose d'une part et, d'autre part, les psychopathies, l'épilepsie et les troubles neuropsychiques de l'enfance.

Chez les 39 malades qui ont présenté avant leur internement une évolution tuberculeuse, il s'est agi le plus souvent d'atteinte pulmonaire.

Dans 25 autres cas, nous avons soupçonné des antécédents tuberculeux mais sans avoir pu avoir la preuve formelle de la nature tuberculeuse de la maladie (20 cas de pleurésie et 5 cas de bronchite chronique). Nous avons donc classé ces affections dans les maladies pulmonaires.

6° A peu près avec la même fréquence que la tuberculose, nous avons trouvé dans les antécédents des femmes psychopathes des traumatismes affectifs d'importance telle qu'ils paraissent avoir été susceptibles à eux seuls de déterminer la psychopathie. Nous les avons trouvés dans les antécédents de 37 malades (soit 8,8 %).

Soit intenses et uniques, soit moins marqués mais répétés, ils ont été dans plusieurs cas le facteur déclenchant de la maladie mentale; dans d'autres cas, ils semblent avoir joué un rôle prédisposant.

Parmi les 37 malades qui ont subi dans leur passé de tels chocs émotifs, 25 ont présenté un état dépressif, 5 une confusion mentale, 3 une manie aiguë, 4 des états délirants.

Quant à la nature même de ces traumatismes, elle est variable : deuils, conflits familiaux nés souvent de l'alcoolisme dans le milieu familial, questions d'intérêt dont le rôle est fréquent (rarement déterminant mais souvent prédisposant) : dans ce département essentiellement agricole où la propriété est morcelée à un degré très marqué, la question des partages des terres provoque constamment des discussions, des craintes, des angoisses, des chagrins qui prennent souvent un caractère presque obsessionnel. Et à côté de ces causes émotionnelles traumatisantes, on trouve dans certains cantons du département d'autres causes liées plus particulièrement aux conséquences de la dernière guerre; c'est ainsi que dans les cantons de Lorient qui ont été touchés avec une telle violence par les bombardements que l'on a pu parler de la destruction totale de la ville, il y a eu des conditions de vie qui ont provoqué un certain nombre de désordres psychiques : émotions dues aux bombardements eux-mêmes, désespoir devant la perte des biens, misère et difficultés quotidiennement renouvelées, souci constant de la subsistance dans une ville en ruine, etc. On conçoit aisément toute l'importance de ces faits dans la genèse possible des troubles mentaux.

8° Envisageons maintenant les antécédents neurologiques chez nos 417 malades mentaux : on les retrouve dans 30 cas, soit une proportion de 7,1 %. Ils se répartissent ainsi :

- 11 cas d'épilepsie, soit 2,7 % (épilepsie dont les manifestations cliniques ont cessé avant l'apparition des troubles mentaux);
- 7 cas d'encéphaloméningites, soit 1,6 %;
- 5 cas d'hémiplégie, soit 1,2 %;
- 7 cas (soit 1,6 %) ainsi répartis :
 - 1 cas de paralysie faciale,
 - 1 cas de névrite rétrobulbaire,
 - 3 cas de chorée aiguë,
 - 2 cas de sciatique.

Nous ajouterons 2 cas où les malades ont présenté avant leur internement des ictus apoplectiques.

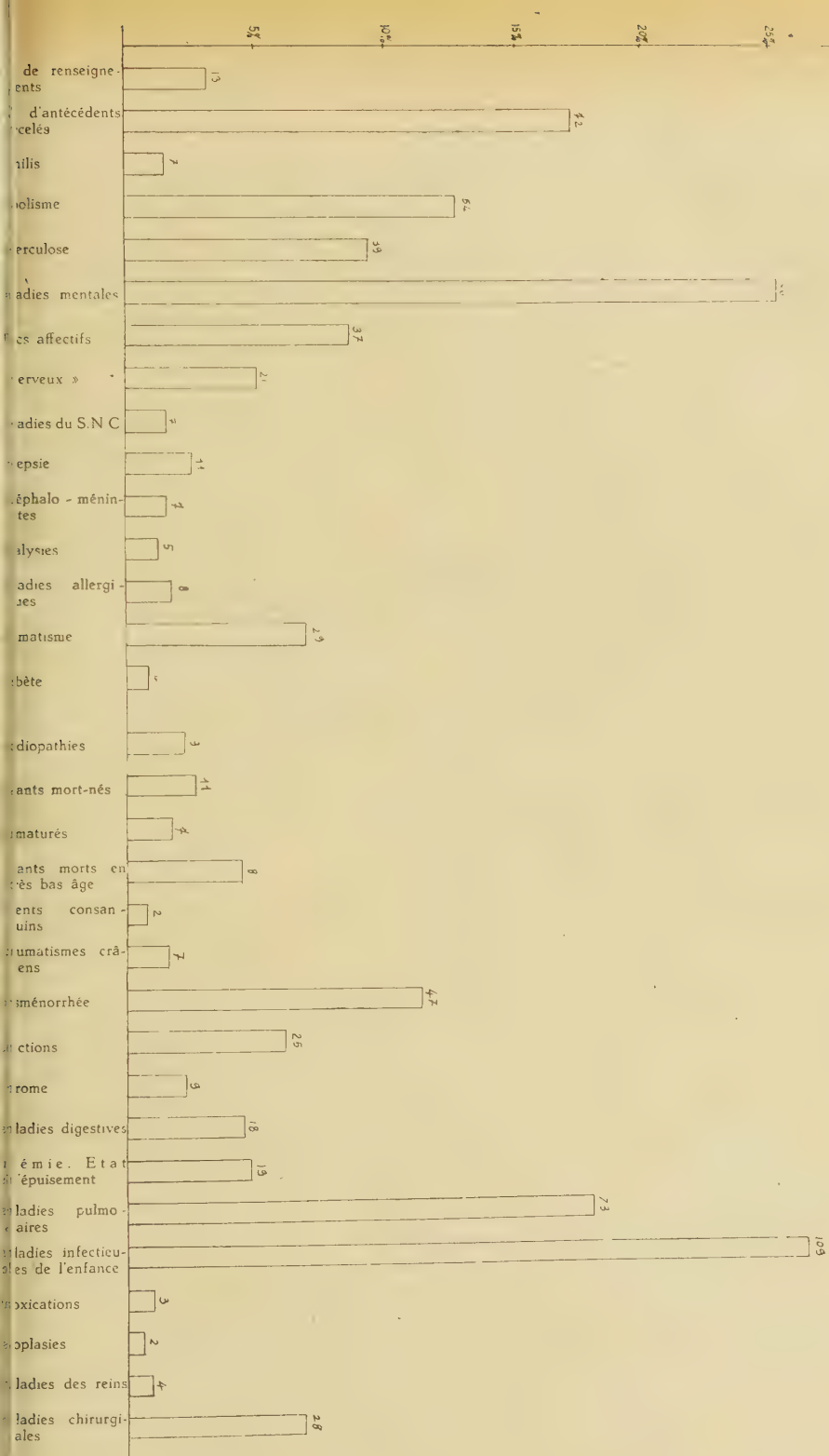
Nous avons retrouvé les maladies allergiques dans les antécédents personnels de 8 malades (soit 1,9 %); parmi ces 8 cas il s'agissait 5 fois d'asthme.

9° Le rhumatisme se retrouve 29 fois, soit la proportion notable de 6,9 % des cas. Il s'agissait le plus souvent de rhumatisme articulaire aigu, rarement de rhumatisme chronique déformant. Nous connaissons des cas où les troubles mentaux paraissent avoir été nettement en relation avec des manifestations rhumatismales préexistantes. Nous avons, en particulier, le souvenir d'une malade, Madame G..., vingt-six ans, entrée dans le service en février 1947 et qui présentait une psychose caractérisée par un état dépressif et anxieux, avec idées mélancoliques délirantes et onirisme hallucinatoire; cette malade, dans les antécédents personnels et héréditaires de qui on ne notait aucune particularité pathologique notable, chez qui les examens médicaux cliniques et biologiques ne montraient rien d'anormal, avait été parfaitement bien portante et mentalement normale jusqu'en octobre 1946. A ce moment, elle présenta un rhumatisme articulaire aigu qui dura à peu près un mois. Un mois après la guérison des manifestations rhumatismales, elle entra dans la maladie mentale par des manifestations hallucinatoires succédant à un état dépressif qui ne dura que quelques jours. Le traitement salicylé et la pyrétothérapie amenèrent une guérison complète des troubles mentaux.

10° Le diabète a été rencontré rarement dans les antécédents des malades; il ne nous a été signalé que 4 fois; mais il est bon d'ajouter que nombreuses ont été les malades qui, à l'entrée à l'hôpital psychiatrique, présentaient une glycosurie importante et une glycémie supérieure à 1 gr. 20.

D'autres manifestations pathologiques ont été également rencontrées, mais avec une fréquence peu grande : les cardiopathies dans 9 cas (soit 2,1 %), les traumatismes crâniens dans 7 cas, l'érysipèle dans 5 cas, des infections diverses (otites, mastoïdites, abcès, furonculose, etc.) dans 25 cas (soit

Antécédents personnels de 430 malades mentaux



6 %). Signalons encore 3 cas d'intoxications, 2 de néoplasies, 28 cas d'interventions chirurgicales (soit 6,7 %).

Nous avons trouvé 109 fois des maladies infectieuses de l'enfance ou de l'adolescence (rougeole, coqueluche, typhoïde, diphtérie). Plus que tout autre, ce chiffre n'a qu'une valeur indicative puisqu'on peut penser que nombre de ces maladies ne nous ont pas été signalées.

11° Les troubles des règles ont été trouvés chez 47 malades (12,2 %), troubles sérieux soit en période d'activité génitale (aménorrhée et dysménorrhée), soit à la ménopause.

Les fibromes utérins ont été trouvés 9 fois (soit 2,1 %). Une de nos malades avait présenté des troubles mentaux au moment des premières manifestations cliniques d'un volumineux fibrome; elle présenta un accès de manie aiguë dans les vingt-quatre heures qui suivirent l'intervention chirurgicale qui s'était avérée nécessaire.

12° 73 de nos malades (soit 18 %) présentèrent une ou plusieurs affections pleuropulmonaires ou pulmonaires, qui se répartissent ainsi :

— pneumonie	8 cas
— bronchopneumonie	2 cas
— congestion pulmonaire	13 cas
— bronchites répétées	27 cas
— pleurésie	20 cas
— dilatation des bronches	1 cas
— emphysème pulmonaire	2 cas

Sans que ces pneumopathies aient eu toujours la fréquence qu'elles auraient eu chez cette malade dont on nous a dit qu'elle avait fait six pneumonies, il nous est apparu qu'il existait une fragilité pulmonaire particulière chez plusieurs malades : telle cette schizophrène de dix-huit ans qui, après plusieurs gripes sévères, présenta en deux ans deux congestions pulmonaires et deux atteintes pleurales.

Et puisque nous parlons des affections pulmonaires, répétons ce que nous avons dit en parlant de la tuberculose : à savoir que dans plusieurs cas de maladies que nous avons classées dans les « affections pleuropulmonaires », il y avait

suspicion d'évolution tuberculeuse mais sans que nous ayons pu en avoir la certitude.

13° A ces antécédents personnels des 417 femmes psychopathes sur lesquelles a porté notre étude, nous ajouterons quelques chiffres qui concernent leur descendance :

a) 39 de ces malades (soit 9,3 %) ont eu une ou plusieurs fausses-couches qu'elles disent avoir été spontanées. Nous donnons ce chiffre sous toutes réserves, car il y a lieu de penser qu'un certain nombre de ces fausses-couches ont été provoquées mais sans que les malades en aient fait l'aveu.

b) 11 malades (soit 2,7 %) ont accouché d'enfants mort-nés.

c) 7 (soit 1,6 %) d'enfants prématurés.

d) 3 de jumeaux.

e) 18 malades (soit 4,2 %) ont eu des enfants qui sont morts dans les jours qui ont suivi la naissance, sans qu'un diagnostic précis nous ait été donné.

II. — ETUDE DES ANTECEDENTS HEREDITAIRES

Elle porte en réalité, non sur 430 malades psychopathes, mais sur 380, car pour 50 malades les renseignements sur les antécédents héréditaires pathologiques ont été nuls ou insuffisants.

Chez 66 des malades (soit dans 17,3 % des cas), nous n'avons relevé aucun fait pathologique notable dans les hérédités; mais cela ne signifie pas qu'il n'en existe pas car on peut admettre que, dans un certain nombre de ces cas, il existait des antécédents importants mais qui nous sont restés inconnus, soit par suite de l'insuffisance de l'interrogatoire, soit parce que les malades ou leurs familles nous ont caché certains faits tels que l'alcoolisme, l'épilepsie, la syphilis, etc.

Parmi ces 66 malades, 16 ne présentaient dans leurs antécédents personnels et collatéraux rien d'anormal. Pour elles nous demeurons donc dans l'ignorance de l'étiologie possible de la psychopathie qui a nécessité l'internement. Quant aux

50 autres malades, elles avaient généralement des antécédents personnels ou collatéraux chargés. En particulier :

- 6 étaient des alcooliques avérées;
- 4 autres étaient alcooliques et avaient déjà été internées;
- 6 étaient tuberculeuses;
- 1 avait présenté une méningite dans le jeune âge;
- pour 5 autres les troubles mentaux avaient succédé à des états infectieux;
- 11 avaient déjà présenté des troubles mentaux avant l'épisode actuel;
- 1 était syphilitique, etc.

Ces faits peuvent suffire à expliquer la psychopathie sans qu'il soit nécessaire de chercher l'étiologie dans les antécédents héréditaires.

1° Dans le Morbihan, il est aisément concevable que l'alcoolisme soit trouvé très fréquemment dans les antécédents héréditaires des malades psychopathes. En effet, ce département est touché au plus haut point par l'intoxication alcoolique à base de cidre (on sait que le Morbihan est le troisième département producteur de cidre), d'eau-de-vie (en 1935, 50.178 cultivateurs avaient distillé alors qu'il existait en tout dans le département 57.178 fermes), et à moindre degré de vin, d'apéritifs et de rhum.

Dans les antécédents des 380 femmes psychopathes dont nous connaissons les hérédités, *nous avons trouvé 94 fois un ou plusieurs ascendants alcooliques, soit une proportion de 24,7 %.*

Il faut d'ailleurs insister sur le fait que le rôle exact de l'alcoolisme des ascendants au point de vue psychogène est difficile à définir car, dans les antécédents, il est souvent associé à d'autres faits, notamment à la tuberculose et aux psychopathies. Bien que l'alcoolisme maternel ne soit pas négligeable, nous avons trouvé beaucoup plus souvent l'alcoolisme paternel; dans plusieurs cas nous avons trouvé l'intoxication avérée chez les deux conjoints.

Souvent l'alcoolisme existait à la fois chez les parents et chez les grands-parents des malades. Citons par exemple cette jeune fille de vingt ans, arriérée à niveau d'imbécillité, qui n'avait présenté aucun fait pathologique personnel, mais chez qui on relève les antécédents héréditaires suivants :

- père alcoolique — mère éthylique;
- grand-père maternel et grand-père paternel alcooliques;
- grand-mère maternelle débile mentale.

Nous connaissons d'autres exemples qui montrent une telle intoxication de plusieurs des ascendants.

Quant à la répartition de l'alcoolisme héréditaire, il est le suivant :

- 68 fois alcoolisme du père seul (sauf 10 cas où il est associé à l'alcoolisme d'un ou de plusieurs grands-parents);
- 5 fois alcoolisme de la mère seule;
- 3 fois alcoolisme de la mère et d'un ou de plusieurs grands-parents;
- 13 fois alcoolisme du père et de la mère;
- 5 fois alcoolisme des grands-parents seuls.

2° Par ordre de fréquence, la tuberculose vient immédiatement après l'alcoolisme dans les antécédents héréditaires des malades psychopathes. Dans toutes les variétés de troubles neuropsychiques nous verrons qu'elle occupe une place importante dans les antécédents des malades. Et lorsque nous aborderons dans son ensemble le problème des relations entre la tuberculose et les troubles neuropsychiques, nous montrerons le rôle de premier plan — et dont on ne mesure pas toujours la valeur — qu'elle joue dans notre département. L'importance des chiffres ne tient pas au fait que la maladie n'est pas dissimulée par les malades ou leurs familles : si, en général, les Morbihannais reconnaissent volontiers qu'un des leurs est bacillaire, un certain nombre d'entre eux se dissimulent à eux-mêmes et nous cachent à nous-mêmes la maladie sous d'autres noms : bronchite chronique, emphysème, pleurésie, etc.; il

faut répéter ici ce que nous avons déjà écrit : qu'un certain nombre de maladies que nous avons classées dans les affections bronchiques, pleurales ou pulmonaires ne sont sans doute que des évolutions tuberculeuses dont nous n'avons pas pu avoir la preuve. Quoi qu'il en soit, nous n'avons retenu dans ce chiffre de la tuberculose que les formes dont la nature a été établie avec certitude par les examens cliniques, radioscopiques, bacilloscopiques, ou par les notions que nous avons eues des thérapeutiques employées ou des cures en établissements spécialisés.

Dans les antécédents héréditaires de nos 380 femmes psychopathes, nous avons trouvé dans 67 cas (soit dans 17,6 % des cas) des évolutions tuberculeuses chez les ascendants.

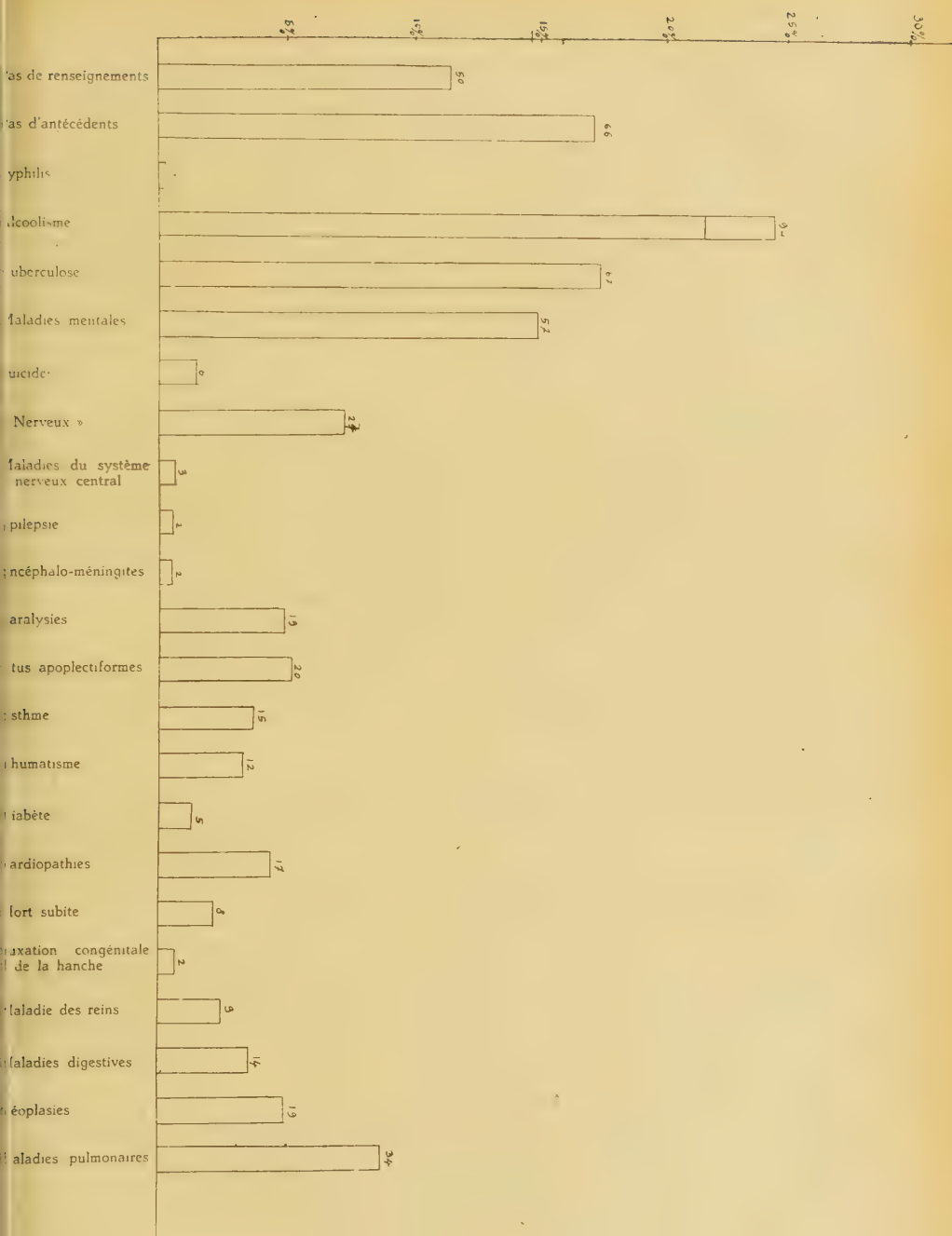
- 37 fois le père était tuberculeux;
- 22 fois la mère seule était tuberculeuse;
- 7 fois il s'agissait d'une tuberculose du père et de la mère;
- 1 fois il s'agissait de tuberculose chez la mère et chez les grands-parents.

3° La troisième grande hérédité morbide est l'hérédité vésanique directe. Nous l'avons trouvée dans 57 cas (soit dans 15 % des cas). Il n'y a ici aucune erreur possible, les renseignements fournis pouvant être considérés comme exacts : les familles de nos malades et les malades eux-mêmes, s'ils les avouent sans complaisance ni ostentation, ne songent pas à dissimuler les hérédités vésaniques dont ils mesurent l'importance au point de vue héréditaire.

L'hérédité est le plus souvent maternelle : 32 fois sur 57, alors qu'elle n'est paternelle que 18 fois. Les deux parents aliénés ont été trouvés dans 5 cas; 2 fois il s'agissait de troubles mentaux chez les grands-parents seuls.

Mais à ces psychopathies parentales il faut ajouter un certain nombre d'états qui n'ont pas nécessité l'internement mais qui se rattachent néanmoins très étroitement aux troubles mentaux.

Chez 6 de nos malades (soit 1,5 % des cas), il y avait eu suicide chez les ascendants.



Antécédents héréditaires de 430 malades mentaux

Et dans les antécédents héréditaires de 27 malades (soit 7,1 %), il nous a été signalé des parents ou grands-parents « nerveux ». Il s'agissait de troubles mentaux légers, suffisamment nets pour avoir attiré l'attention, mais pas assez accusés pour avoir empêché une adaptation sociale relativement satisfaisante.

Si donc nous faisons le total de ces divers modes de troubles mentaux dans les antécédents de 380 malades mentales, nous les trouvons dans 90 cas, soit une proportion de 23,6 %.

Il est bien entendu que nous n'avons tenu compte pour établir ces chiffres que des psychopathies des parents et grands-parents, en excluant les troubles mentaux des oncles, tantes et autres collatéraux.

4° Avant de continuer cette rapide étude des antécédents héréditaires de nos 380 malades mentales, nous voulons souligner la fréquence avec laquelle s'associent les trois grandes hérédités morbides que nous avons étudiées : alcoolisme, tuberculose, vésanie; chez nombre de nos malades on trouve en même temps 2 d'entre elles, parfois les 3. Nous pouvons en donner quelques exemples :

- | | |
|---|---|
| Mlle H..., 20 ans, débile à
niveau d'imbécillité : | père et mère éthyliques
grand père paternel éthylique
grand-père maternel éthylique
grand-mère maternelle débile mentale |
| Mme M..., schizophrénie : | mère et grand-père maternels éthyliques
père mort tuberculeux
4 frères et sœurs morts en bas-âge
1 fils coxalgie
1 fils décédé à 8 mois d'encéphaloméningite
1 fille : « paralysie infantile » |
| Mlle L. M..., 24 ans, débile
mentale : | grand-père paternel éthylique
père interne
mère éthylique — 1 frère interne |
| Mlle M..., 23 ans, débile : | grand-père paternel éthylique
père tuberculeux, interne
mère déséquilibrée
2 frères internés |

Mme R..., 35 ans, psychas- ténique :	mère internée — 1 sœur internée père mort tuberculeux grand-père maternel éthylique 1 enfant mort de méningite
Mme G..., 40 ans, hypo- chondrie :	mère morte de laryngite tuberculeuse père éthylique, mort interné 1 sœur mal de Pott dorsolombaire 1 sœur aliénée 2 cousins germains choréiques

Ce ne sont là que quelques exemples parmi de nombreux autres. L'association des trois grandes hérédités morbides (alcoolisme, tuberculose, vésanie) est encore beaucoup plus apparente si on considère l'ensemble des antécédents héréditaires et collatéraux. En ce qui concerne les seuls antécédents héréditaires, l'association la plus fréquente est celle de l'alcoolisme et de la tuberculose. Nous aurons d'ailleurs l'occasion de revenir plus en détail sur ces associations morbides dont la recherche a permis au Professeur VERMEYLEN « de constater l'influence néfaste sur la descendance de l'action combinée de la tuberculose avec l'alcoolisme, et plus encore des toxi-infections alcoolique et tuberculeuse avec des troubles psychopathiques ».

5° Les autres hérédités morbides trouvées dans les antécédents héréditaires de nos malades mentales, sont nettement moins fréquentes que les précédentes. Parmi elles, les affections neurologiques ont été pourtant relevées avec une certaine fréquence :

Nous citerons en plus des ictus apoplectiformes, l'épilepsie, la maladie de Parkinson, la chorée, les méningites, les hémiplegies, les paralysies périphériques. Leur nombre est le suivant :

— maladies diverses du système nerveux ..	3
— épilepsie	2
— méningites	2
— paralysies diverses (presque toujours hémiplegies)	19
— ictus apoplectiformes	20

Nous avons donc trouvé diverses maladies neurologiques chez les ascendants de 46 malades, soit une proportion de 12,1 %.

6° Enfin, parmi les maladies diverses trouvées dans les antécédents héréditaires de nos malades mentaux, signalons :

- 15 fois l'asthme (soit 3,9 %);
- 12 fois le rhumatisme (soit 3,1 %);
- 5 fois le diabète (soit 1,3 %);
- 17 fois des cardiopathies (soit 4,4 %) et 8 cas de mort subite (soit 2,1 %);
- 19 fois des néoplasies (soit 5 %);
- 34 fois des maladies pulmonaires (soit 9,2 %) qui se répartissent ainsi : 3 pneumonies, 15 congestions pulmonaires, 9 pleurésies, 4 emphysèmes, 3 bronchites chroniques).

III. — ETUDE DES ANTECEDENTS COLLATERAUX CHEZ 430 MALADES MENTAUX

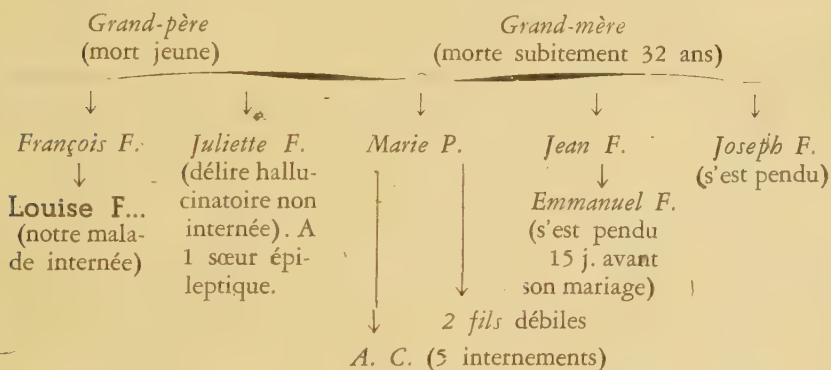
C'est dans cette troisième étude que les renseignements que nous avons obtenus sont les plus incomplets et les plus imprécis; cela est dû à l'insuffisance des moyens d'enquête employés dans la recherche des renseignements sur les hérédités. Sur 430 malades mentaux, 81 fois nous n'avons pas eu de renseignements ou nous n'avons eu que des renseignements trop incomplets ou trop imprécis pour que nous puissions en tenir compte; par conséquent, nos pourcentages seront ramenés au chiffre réel de 349 malades.

Sur ces 349 malades, dans 67 cas (soit 19,1 %) nous n'avons trouvé aucun antécédent notable.

Nous n'avons pas, par ailleurs, étudié dans ces antécédents collatéraux l'alcoolisme en raison du manque de renseignements.

1° Les antécédents collatéraux les plus souvent rencontrés sont les antécédents psychopathiques : 88 malades (soit la proportion de 25,1 %) ont eu un ou plusieurs malades men-

taux parmi leurs collatéraux. Il faut ajouter à ce chiffre des suicides dans la famille de 6 malades. Dans de nombreux cas, ces antécédents vésaniques collatéraux sont multiples. Nous en avons un exemple frappant : il concernait une jeune fille d'une trentaine d'année, Louise F..., entrée pour un état dépressif avec idées délirantes mélancoliques, apparu peu de temps avant le moment prévu pour son mariage. Nous sûmes à ce moment qu'elle était une cousine d'une autre malade internée à Lesvellec depuis deux ans, mais qui avait déjà été internée quatre autres fois pour des accès d'agitation maniaque; chez cette malade A. C... les troubles étaient également apparus peu de temps avant le mariage qu'elle devait contracter. Nous avons alors fait quelques recherches dans les communes et nous avons pu établir l'arbre généalogique — hélas très court — que nous transcrivons ci-dessous :



Nous connaissons de nombreux autres cas où l'hérédité vésanique collatérale, sans être aussi importante que dans le cas précédent, est quand même multiple.

2° L'hérédité collatérale neurologique est, elle aussi, très répandue puisqu'elle a été relevée chez 35 de nos malades (10 %). Elle se répartit ainsi :

- 2 chorée et 1 maladie de Parkinson;
- 7 épilepsies;
- 23 encéphaloménéngites;
- 3 paralysies périphériques.

3° La tuberculose est retrouvée dans 49 cas (soit 14 %).

4° Parmi les autres hérédités collatérales qui méritent d'être signalées, citons encore :

- 5 cas où les malades ont eu des frères ou sœurs mort-nés;
 - 29 malades (soit 8,2 %) qui ont eu des frères et sœurs décédés dans les jours qui ont suivi la naissance.
-



Antécédents collatéraux de 430 malades mentaux

Antécédents personnels, héréditaires et collatéraux de 44 femmes épileptiques

Dans la recherche de ces antécédents, nous nous heurtons aux difficultés de toute recherche sur l'hérédité morbide. Nous avons déjà dit que nos chiffres sont essentiellement fondés sur l'interrogatoire des malades et de leurs familles, et nous avons déjà fait certaines réserves. Il ne faut pas, en effet, s'en rapporter trop facilement aux dires des malades et de leurs familles :

— d'une part parce que, non intéressés comme nous par le problème de l'hérédité dont ils ne mesurent pas l'importance, ils omettent certains renseignements précieux (en particulier les circonstances de l'accouchement ne nous ont été que rarement connues et l'on mesure l'importance de cette lacune dans l'étude de l'épilepsie) ;

— d'autre part parce qu'ils introduisent toujours une part d'interprétation dans la relation des faits ;

— enfin parce que souvent — et nous le comprenons bien — ils trouvent à l'hérédité morbide « une sorte de honte » qui les pousse à taire des antécédents personnels, héréditaires ou collatéraux qu'il serait intéressant de connaître.

Les difficultés qu'on éprouve sont encore accrues, en ce qui concerne l'épilepsie, quand on essaie de trouver les causes déterminantes ; quand on poursuit l'interrogatoire avec soin, on constate souvent que la première manifestation comitiale n'a eu lieu que des semaines ou des mois après le moment où a agi la soi-disant cause déterminante.

	Antécédents personnels				Antécédents héréditaires				Antécédents collatéraux			
Pas de renseignements .	4	soit	9	%	4	soit	9	%	11	soit	25	%
Pas d'antécédents	10	»	25	%	6	»	15	%	13	»	39,3	%
Syphilis					1	»	2,5	%				
Alcoolisme	3	»	7,5	%	17	»	42,5	%				
Tuberculose	9	»	22,5	%	9	»	22,5	%	9	»	27	%
Maladies mentales	1	»	2,5	%	4	»	10	%	5	»	15	%
« Nerveux »					2	»	5	%	2	»	6	%
Maladies du S.N.C.	3	»	7,5	%	4	»	10	%				
Epilepsie					1	»	2,5	%	3	»	9	%
Encéphaloméningite	4	»	10	%					1	»	3	%
Ictus apoplectiformes					3	»	7,5	%				
Cardiopathies					3	»	7,5	%				
Mort-nés	(enfants)											
	3	soit	7,5	%								
Fausses-couches	1	»	2,5	%	2	»	5	%				
	(enfants)											
Prématurés	2	soit	5	%								
Forceps	1	»	2,5	%								
Gémellité	1	»	2,5	%					3	»	9	%
Consanguinité des parents	1	»	2,5	%								
Morts jeunes	(enfants)								3	»	9	%
	3	soit	7,5	%								
Asthme					2	»	5	%				
Eczéma	2	»	5	%								
Rhumatisme	2	»	5	%	4	»	10	%				
Diabète					3	»	7,5	%				
Maladies digestives	2	»	5	%	2	»	5	%				
Alimentation insuffisante	2	»	5	%								
Dysménorrhées	4	»	10	%								
Fibromes					1	»	2,5	%				
Néoplasies					4	»	10	%				
Azotémie					2	»	5	%				
Infections	2	»	5	%								
Maladies chirurgicales	3	»	7,5	%								
Traumatismes graves	1	»	2,5	%	(trépanation)							
					2	soit	5	%				
Maladies pulmonaires	1	»	10	%	5	»	12,5	%				
Suspicion de tuberculose					2	»	5	%				
Surdimutité					1	»	2,5	%				

Ces réserves étant faites, nous donnons dans le tableau ci-dessus les renseignements que nous avons eus et nous essaierons de le commenter.

A. — ETUDE DES ANTÉCÉDENTS PERSONNELS DE 44 FEMMES ÉPILEPTIQUES.

Dans 4 cas, nous n'avons pas eu de renseignements sur les antécédents personnels des malades. Les chiffres que nous avons trouvés se rapportent donc en réalité à 40 malades.

Dans 10 cas, soit donc dans 25 % des cas, nous n'avons trouvé aucun antécédent pathologique notable. Ce pourcentage est important; il l'est même trop sans qu'on puisse préciser dans quelle mesure. En effet, dans 36 cas sur 40, nous n'avons eu aucun renseignement sur les circonstances de la grossesse et de l'accouchement et sur les toutes premières années de la vie de la malade. Or, on connaît le rôle étiologique que peuvent jouer en particulier les traumatismes obstétricaux dans l'apparition d'une épilepsie, même apparue plusieurs années après la naissance. « C'est dans les traumatismes survenant dans le jeune âge, dit MARCHAND, qu'on rencontre les temps de latence les plus longs. » Nous verrons, dans une étude ultérieure, que ces traumatismes obstétricaux se rencontrent souvent dans les antécédents personnels des enfants épileptiques. Cela n'étonne pas si on se rappelle que des applications de forceps ou des injections d'ocytociques glandulaires entraînent des lésions cérébrales, surtout d'ordre vasculaire, qui en s'organisant forment des foyers de sclérose capables d'engendrer l'épilepsie, et que toute lésion cérébrale déterminera d'autant plus facilement l'épilepsie « qu'elle intéresse un cerveau qui n'a pas encore atteint la plénitude de son développement ». Cette fréquence, que nous avons trouvée chez l'enfant des traumatismes au moment de la naissance, doit exister chez nos femmes épileptiques : mais la pauvreté de nos moyens de renseignements ne nous ont pas permis de les retrouver. Dans les 4 seuls cas où nous avons pu être éclairés sur les circonstances de l'accouchement, nous avons trouvé une fois une application de forceps avec asphyxie.

De même, nous n'avons pas connaissance du nombre de cas où, dans les premières années de la vie, se sont produites ces convulsions qui sont souvent le prélude d'une épilepsie confirmée. FÈRE avait trouvé des convulsions dans les antécédents personnels de ses épileptiques dans 34 % des cas.

Il nous manque encore des renseignements suffisants sur les maladies infectieuses infantiles survenues chez nos malades. Or, certaines d'entre elles, telle la scarlatine, sont considérées comme susceptibles d'engendrer l'épilepsie.

1° L'affection la plus souvent rencontrée dans les antécédents personnels de nos femmes épileptiques est la tuberculose, à localisation pulmonaire dans tous les cas. Elle a été trouvée chez 22,5 % des malades. Il s'agissait de tuberculose avérée, nettement confirmée par les examens cliniques, radiographiques et bacilloscopiques. Dans 2 cas, le début de l'évolution tuberculeuse a coïncidé avec le début des crises épileptiques.

Dans plusieurs autres cas, que nous n'avons pas fait entrer dans ce chiffre, l'épilepsie est survenue chez des femmes qui ne présentaient pas de signes cliniques de tuberculose, mais qui présentaient un habitus bacillaire sur lequel nous reviendrons : maigreur, pâleur, éphélides, cheveux blonds vénitiens, décalcifications unguéales et dentaires, hippocratisme digital plus ou moins accentué, membres grêles et peu musclés, os longs, etc. Ces particularités qui traduisent un terrain et que nous désignons sous le nom d' « imprégnation bacillaire », avaient déjà été notées très fréquemment il y a plus de soixante ans chez les épileptiques.

2° Nous n'avons trouvé l'alcoolisme personnel que dans 3 cas (soit 7,5 %) chez nos 40 femmes épileptiques. Ce chiffre ne confirme pas l'opinion de ceux qui pensent que le plus souvent l'alcoolisme détermine l'épilepsie à lui seul en dehors de toute prédisposition. D'autant que 2 de ces malades sur les 3 avaient des antécédents héréditaires chargés (en ce qui concerne la troisième nous n'avons pas de renseignements sur ses antécédents héréditaires et collatéraux). L'une avait en effet père et mère alcooliques; la seconde, une mère débile

mentale et un père éthylique. Disons qu'en ce qui concerne celle-ci, nous avons pu juger, par contre, de l'influence aggravante de l'alcoolisme sur l'épilepsie : apparition d'une épilepsie, latente jusque-là, sous l'influence d'excès alcooliques, augmentation de la fréquence des crises sous l'influence de la boisson.

Cette malade, Mlle Le T..., dix-neuf ans, est entrée une première fois dans notre service libre en juin 1949, pour des crises épileptiques généralisées survenant au rythme de deux par semaine, et accompagnées de troubles du comportement avec fugues et impulsivité. Ces crises sont apparues deux mois avant l'entrée dans le service et, d'après la mère de la malade, à la suite d'excès alcooliques existant depuis six à sept mois. Entrée dans le service, la malade ne reçoit aucune médication symptomatique de la comitialité; le jour de son entrée, elle a une crise nettement caractérisée; c'est la seule qu'elle présentera dans le service pendant un séjour qui durera deux mois. A ce moment, la malade sort de l'hôpital et rentre chez elle. Elle se remet à boire; trois ou quatre jours après survient une nouvelle crise convulsive; alors, les crises se succèdent, rapprochées, et il apparaît des vertiges et des absences. Les troubles caractériels — que nous n'avions pas constatés dans le service — réapparaissent : fugues, impulsivité, voies de fait sur l'entourage. La malade revient dans le service (service fermé cette fois); on la prive de toute boisson alcoolisée; mais on ne lui donne aucune médication spécifique de l'épilepsie. Les crises, les vertiges, les absences cessent. Six mois après, la malade n'a eu aucune crise; on ne note qu'une manifestation caractérielle survenue à la suite de plusieurs contrariétés.

3° Les maladies du système nerveux central ont été trouvées 7 fois (soit 17,5 % des cas). Elles se répartissent ainsi :

- 4 cas de méningoencéphalites;
- 1 chorée;
- 2 paralysies infantiles.

4° Les maladies diathésiques ont été rencontrées aussi :

- | | |
|------------------------|---------------------|
| — 2 fois le rhumatisme | } soit 10 % des cas |
| — 2 fois l'eczéma | |

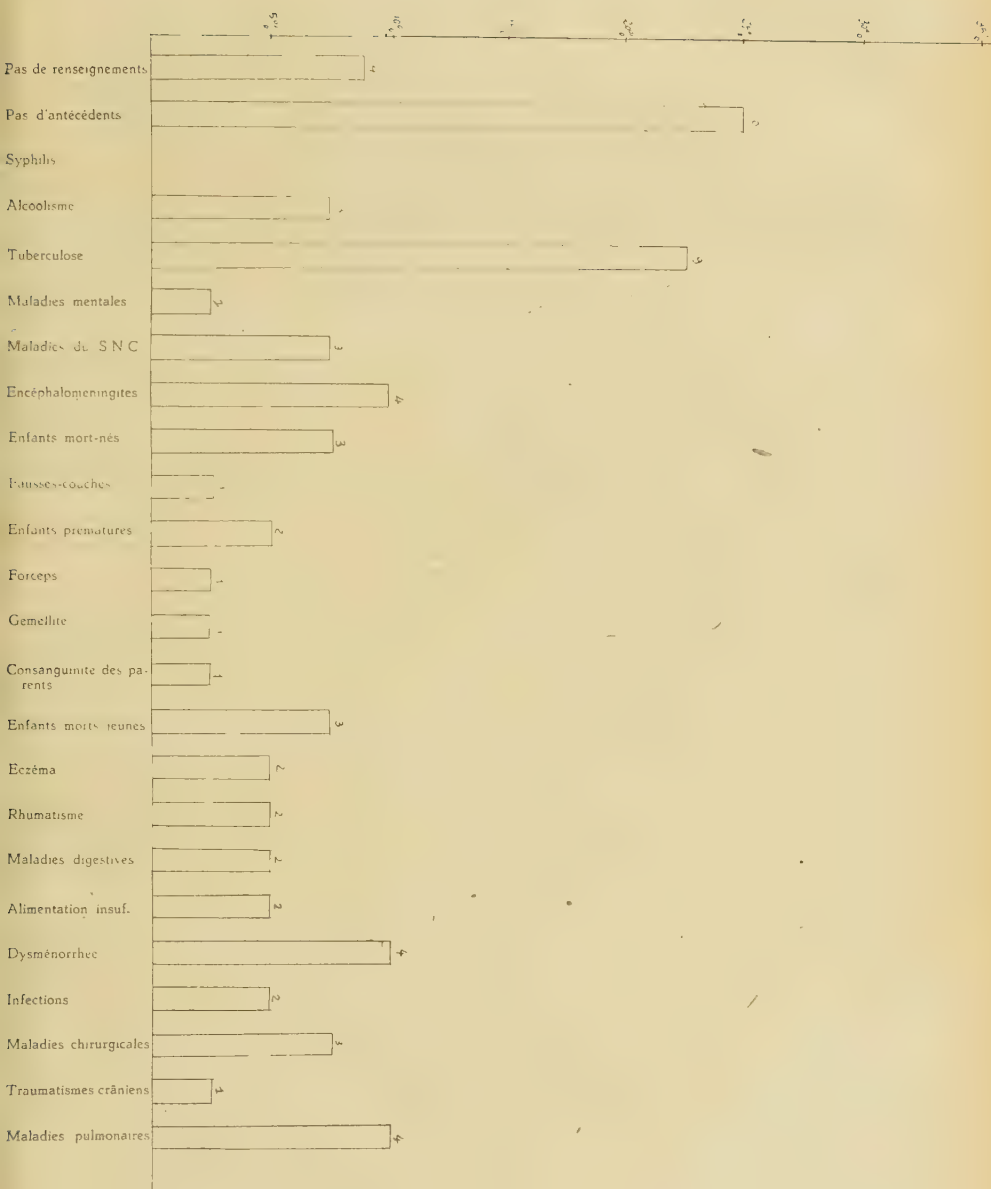
Le fait n'est pas nouveau et BAILLARGER avait déjà signalé la coïncidence du rhumatisme avec les névroses en général; mais, à l'encontre de FÈRE, nous n'avons pas constaté la coexistence du diabète et de l'épilepsie.

D'ailleurs il apparaît que toutes les conditions qui influent sur la nutrition en l'altérant, favorisent le développement de l'épilepsie. C'est ainsi qu'on a soutenu que l'inanition peut déterminer l'épilepsie. Parmi nos 40 malades, nous en avons trouvé 2 qui ont été soumises à une sous-alimentation importante et longtemps prolongée. 2 autres avaient présenté des troubles digestifs accentués : ulcère d'estomac chez l'une, troubles hépatovésiculaires graves chez l'autre.

5° Les maladies pulmonaires graves ne nous sont pas apparues beaucoup plus nombreuses chez les futures épileptiques que chez les femmes non comitiales. Nous les avons trouvées dans 4 cas (soit 10 %).

6° De même, nous avons trouvé 4 comitiales qui avaient présenté des dysménorrhées marquées (soit 10 %). On sait l'influence très grande des différentes manifestations de la vie génitale de la femme sur les conditions d'apparition et d'évolution de l'épilepsie. Comme tous, nous avons remarqué que dans un pourcentage de cas assez important les premières crises sont apparues à la puberté; et nous connaissons bien des malades dont les crises convulsives n'existent qu'au moment des règles; chez les autres, il est à peu près constant que les crises soient plus fréquentes aux environs immédiats des règles. Par contre, il ne nous a pas été donné de pouvoir constater les rapports de l'épilepsie et de la ménopause, les malades que nous avons étudiées étant toutes encore réglées normalement.

7° Nous n'avons trouvé qu'une fois sur 40 (soit 2,5 % des cas) un traumatisme crânien important et une seule fois aussi la consanguinité des parents. Et pourtant, TROUSSEAU a fait jouer un rôle important à la consanguinité comme cause héréditaire de l'épilepsie. Peut-être est-il bon de citer à ce propos ce texte rapporté par Ch. FÈRE : « L'épilepsie est fréquente dans certains départements du Centre; je suis porté à penser



Antécédents personnels de 44 femmes épileptiques

que le faible degré de division du sol dans ces départements n'y est pas étranger. La grande propriété qui y règne encore entraîne la dissémination de la population et celle-ci donne lieu à l'isolement de l'individu. Chaque propriété est habitée par celui ou ceux qui la font valoir et chacun habite sur son lot, forcément privé de la vie de relations. Il en résulte l'exagération des cas de consanguinité. De là des déchéances nerveuses qui conduisent à des affections convulsives et peut-être surtout à l'épilepsie. » Nous ne sommes pas en mesure de discuter cette opinion que nous n'acceptons ni ne repoussons. Mais elle est curieuse à lire quand on sait que dans le Morbihan, où la propriété est morcelée à l'extrême, les unions consanguines sont rares.

8° Nous ajouterons quelques chiffres sur la descendance de nos malades avant leur entrée à l'hôpital :

- 3 ont accouché d'enfants mort-nés (soit 7,5 %) ;
- 1 a fait des fausses-couches (soit 2,5 %) ;
- 3 ont accouché d'enfants qui sont morts dans les jours qui ont suivi la naissance (soit 7,5 %).

Nous nous contenterons de dire que le pourcentage de malades ayant accouché d'enfants mort-nés est sensiblement le même que celui de Ch. FÈRE qui trouve un pourcentage de 7 % chez 286 femmes épileptiques.

B. — ETUDE DES ANTÉCÉDENTS HÉRÉDITAIRES DE 44 FEMMES ÉPILEPTIQUES.

Ici encore nous n'avons pas eu de renseignements en ce qui concerne 4 malades et nos chiffres concernent 40 femmes adultes épileptiques. Nos renseignements sur les antécédents héréditaires sont, malgré que leur source soit la même que celle des antécédents personnels, plus complets que ces derniers, et nous pouvons leur attacher une valeur plus sûre.

Dans 6 cas (soit 15 % des cas), nous n'avons décelé par l'interrogatoire des familles aucun antécédent pathologique.

Dans 85 % des cas donc, nous avons relevé des hérédités morbides intéressantes.

1° De même que dans les antécédents héréditaires des maladies mentaux, c'est l'intoxication alcoolique qui occupe en fréquence le premier rang. Elle y occupe même une place plus importante que dans les antécédents des malades mentaux. Nous l'avons trouvée dans 17 cas, soit une proportion de 42,5 %. Ce chiffre est assez voisin de celui de FÈRE qui, ayant recherché les hérédités chez 286 femmes épileptiques, avait trouvé 45,4 %. L'importance de ce pourcentage n'est pas faite pour étonner, d'autant que dans ce département qui occupe une place de choix — comme nous le montrerons — dans la production du cidre et de l'eau-de-vie, l'alcoolisation de la population est très accentuée. Bien des auteurs ont souligné l'importance de l'alcoolisme des ascendants comme cause prédisposante de l'épilepsie, et personne ne songe à nier son rôle. Et c'est presque devenu un lieu commun que de dire que l'intoxication alcoolique finit par déterminer des dégradations du système nerveux qui favorisent les réactions convulsives et qui sont éminemment aptes à se transmettre par hérédité. Encore aurait-il été intéressant de distinguer la part de l'ivresse au moment de la conception — part dont les auteurs suisses, en particulier, ont marqué l'importance — de la part due à l'alcoolisme chronique. L'insuffisance de nos moyens de renseignements ne nous a pas permis malheureusement de résoudre cette question. Quoi qu'il en soit, l'alcoolisme joue un rôle plus important comme cause prédisposante que comme cause déterminante. Nous pensons que si l'alcoolisme personnel est capable de faire apparaître une épilepsie jusque-là cliniquement latente mais qui trouve peut-être ailleurs sa véritable cause, que s'il influe sans aucun doute sur l'importance et la fréquence des manifestations comitiales, nous pensons que dans la genèse de l'épilepsie commune intervient bien d'avantage l'alcoolisme des procréateurs. Depuis longtemps l'ivresse du père au moment de la conception, l'alcoolisme chronique des parents, l'alcoolisation de la mère au moment de la gestation ont été incriminés comme des causes importantes de l'épilepsie. Les chiffres que nous donnons confirment cette

donnée. Pour notre part, il s'agissait le plus souvent d'un alcoolisme paternel comme en témoignent les chiffres ci-dessous :

- alcoolisme paternel dans 10 cas;
- alcoolisme paternel et maternel dans 3 cas;
- alcoolisme du père et des grands-parents maternels dans 1 cas;
- alcoolisme des grands-parents seuls dans 3 cas.

2° La syphilis parentale n'a été trouvée que dans 1 seul cas. Il est bon de souligner à ce propos, une nouvelle fois, la rareté de la syphilis dans le département du Morbihan.

3° Un autre antécédent est souvent retrouvé aussi chez nos femmes épileptiques : c'est la tuberculose que nous avons décelée 9 fois dans les antécédents héréditaires de nos malades, donc dans 22,5 % des cas. Chiffre qui est exactement le même que celui trouvé dans les antécédents personnels et qui n'étonne pas, sachant d'une part la fréquence de la tuberculose dans le Morbihan, sachant aussi que cette tuberculose peut être une cause directe d'épilepsie par l'intermédiaire de tubercules cérébraux ou de plaques de méningite. Comment expliquer éventuellement le rôle prédisposant de la tuberculose parentale dans l'épilepsie ?

a) Il est légitime de penser que cette tuberculose des parents fragilise les descendants, et singulièrement leur système nerveux qui pourra réagir plus que celui de sujets issus de parents sains aux conditions et aux causes susceptibles d'aboutir à la comitialité.

b) Les recherches pathogéniques récentes tendent à établir le rôle d'un facteur humoral, extraneurveux dans la production des accidents comitiaux. C'est peut-être par l'intermédiaire de modifications humorales qu'agirait chez l'épileptique la tuberculose des ascendants. Et cela est compréhensible si on admet la transmission transplacentaire du virus tuberculeux et surtout de l'ultravirus. La toxicité bacillaire agissant alors soit par modification humorale, soit par action sur le système nerveux végétatif et sur les glandes endocrines associées fonctionnellement au système sympathique et dont on

sait l'importance dans l'épilepsie, la toxicité bacillaire pourrait être alors directement à l'origine de la comitialité. Il est vrai que cela implique la préexistence d'une bacillémie maternelle, le B.K. ne pouvant parvenir au placenta que par la voie sanguine; or, dans les antécédents héréditaires de nos malades, la tuberculose maternelle est moins fréquente que la tuberculose paternelle :

— tuberculose paternelle	6 cas
— tuberculose maternelle	1 cas
—tuberculose des deux parents	2 cas

Et on ne connaît pas d'exemple de l'infection spermatique par le bacille de Koch. Mais COUVELAIRE et LACOMME ont écrit : « Nous ne pouvons avoir aucune opinion sur l'hérédité paternelle, mais la notion nouvelle de l'ultravirus tuberculeux amènera peut-être à reprendre la question de l'hérédité tuberculeuse vraie par infection des gamètes comme elle amena à reprendre celle de la contagion transplacentaire. »

De plus, il a été constaté des modifications des cellules mâles chez les tuberculeux; NAYRAC et BRETON, en 1931, ont trouvé des lésions d'orchite scléreuse d'origine toxiniennne avec altération de la spermatogenèse, et ils en concluent : « Ce n'est là qu'un stade extrême de l'action toxiniennne. Bien avant de s'avérer histologiquement anormal, le tissu spermatogénétique a subi une transformation dans sa structure intime, et peut aboutir ainsi à la formation d'un germe défectueux. » Et ils affirment : « L'enfant du tuberculeux pulmonaire est né d'un spermatozoïde anormal. »

Certes tout cela ne concerne pas exclusivement l'épilepsie et a trait à toutes les conséquences possibles de la tuberculose. Mais si on admet ces faits, on admet que la tuberculose donne naissance à des individus prédisposés et qui réagiront plus que des sujets issus de parents sains à des causes adjuvantes, à l'alcoolisme ou aux infections par exemple.

Si l'on veut montrer, en définitive, la fréquence de l'évolution de l'épilepsie sur un terrain tuberculeux et de sa coexistence avec la tuberculose chez le malade lui-même, répétons quelques chiffres portant sur nos malades :

- 22,5 % d'antécédents personnels tuberculeux;
- 22,5 % d'antécédents héréditaires tuberculeux;
- 27 % d'antécédents collatéraux tuberculeux.

Recherchant les cas de tuberculose connus parmi les ascendants, les collatéraux, les enfants et les malades eux-mêmes chez 83 épileptiques adultes et enfants, nous avons trouvé 50 fois la tuberculose chez un ou plusieurs membres de la famille, soit dans 60 % des cas.

A. COURTOIS avait déjà fait la même recherche chez 100 épileptiques de la consultation spéciale de l'hôpital Henri-Roussel et il avait trouvé 53 fois la tuberculose. Et M. TOULOUSE estimait que ce chiffre était certainement en dessous de la réalité parce que les atteintes tuberculeuses non mortelles ne sont guère connues du malade et que, de plus, il n'est pas rare que l'affection terminale soit ignorée du malade et de l'entourage.

4° Les autres antécédents héréditaires trouvés chez nos femmes épileptiques sont loin d'avoir la fréquence de l'alcoolisme et de la tuberculose. Nous avons été surpris de la rareté de l'hérédité similaire. En effet, sur 40 cas, nous ne l'avons trouvée qu'une seule fois.

FÈRE l'avait trouvée 30 fois chez 286 malades, soit 10,4 % ; mais déjà certains auteurs considéraient cette hérédité comme exceptionnelle. De tous temps elle a été très discutée et a donné lieu à de nombreuses statistiques dont les résultats ont été contradictoires. Il y a quarante ans, on la considérait comme « le facteur étiologique dominant de l'épilepsie essentielle ». Récemment, en 1943, COMBY écrivait : « On arrive à la conviction que l'épilepsie n'est pas héréditaire. Le dogme de l'hérédité a fait son temps. » Il semble que la vérité soit sans doute entre ces deux opinions extrêmes : si certains auteurs admettent 60 % et plus d'hérédité dans l'épilepsie, il semble que nos 2,5 % soient insuffisants en raison de la grande imperfection de nos renseignements. Il est pourtant curieux de remarquer qu'en ce qui concerne l'épilepsie infantile où nos renseignements ont été dûment contrôlés et sont plus étendus, nous n'avons trouvé l'hérédité similaire que dans le même pourcentage de cas !

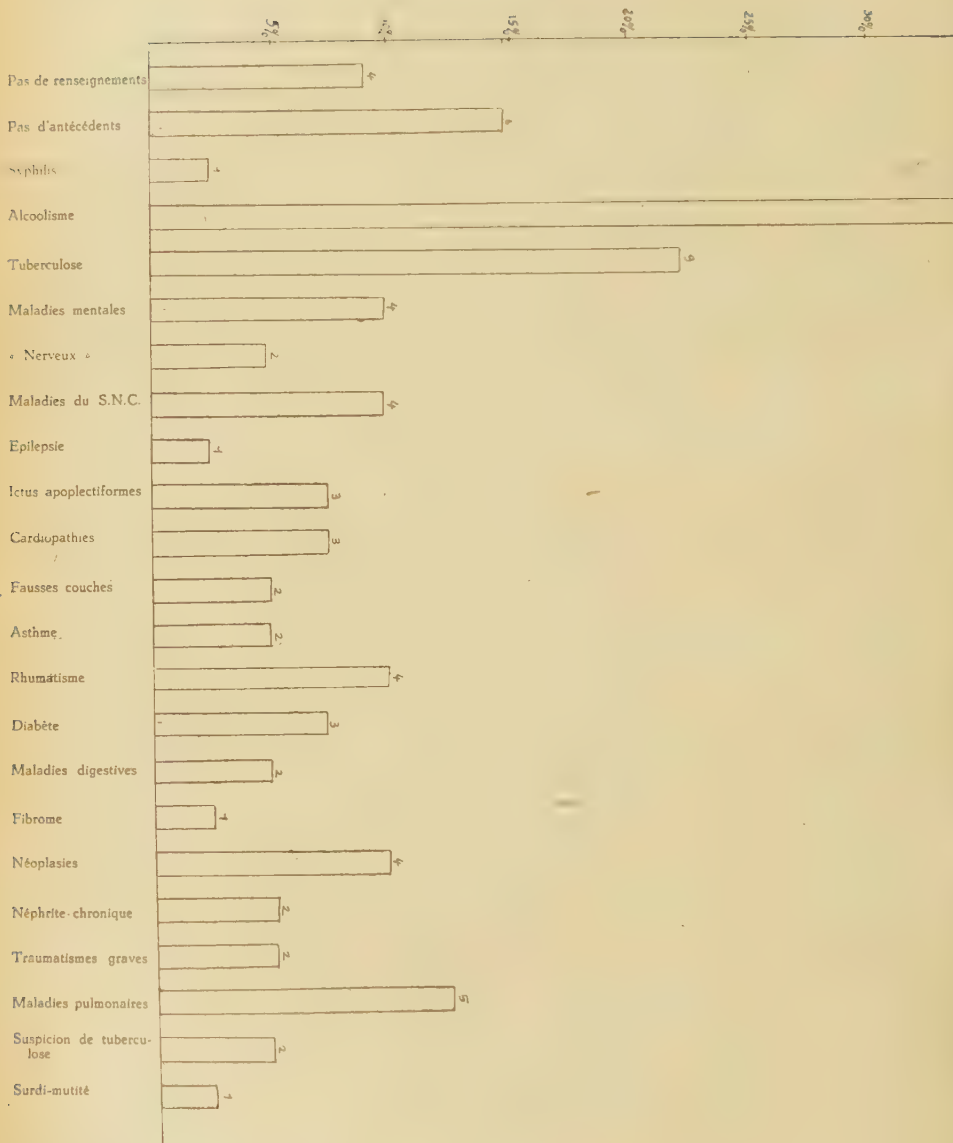
5° Les antécédents héréditaires vésaniques ont été plus souvent rencontrés : 4 fois sur 40, soit 10 % des cas. Il s'y ajoute 2 cas de parents nerveux, soit 5 %. Il s'agit d'une hérédité de transformation que nous avons notée bien moins souvent que FÈRE (32 %).

6° Les maladies du système nerveux ont été trouvées dans le même nombre de cas : 4 fois sur 40; toutes étaient des hémiplégies du père ou de la mère. Il faut y ajouter 3 cas d'ictus apoplectiques.

7° Un peu plus importante est la part des maladies diathésiques. Nous avons relevé 4 fois le rhumatisme, 3 fois le diabète. Nous ajouterons à ces chiffres 2 cas d'asthme. BAILLARGER avait déjà noté les relations entre ces maladies et l'épilepsie. Il est intéressant de pouvoir confirmer ici ce fait. PINARD aussi, parmi beaucoup d'autres, a signalé qu'en plus des infections et des intoxications chroniques, il faut tenir compte des infections ou intoxications passagères et, parmi ces dernières, des autointoxications qui viennent perturber l'organisme des générateurs. Etendant le problème, il écrit : « Je suis convaincu que tout état pathologique, toute déchéance physiologique de l'un des générateurs ou des deux a une influence manifeste sur le produit de la conception, car ce n'est pas seulement l'hérédité dite constitutionnelle qui se transmet, mais encore l'état dans lequel se trouvent les éléments cellulaires au moment accidentel de la procréation. »

8° C'est pourquoi nous citerons d'autres chiffres encore d'antécédents pathologiques héréditaires trouvés chez nos malades :

- cardiopathies dans 3 cas (soit 7,5 %);
- maladies digestives graves dans 2 cas (soit 5 %);
- néoplasies dans 4 cas (soit 10 %);
- néphrite chronique dans 2 cas.



Antécédents héréditaires de 44 femmes épileptiques

C. — ETUDE DES ANTÉCÉDENTS COLLATÉRAUX DE 44 FEMMES ÉPILEPTIQUES.

Cette étude sera brève car c'est dans ce chapitre que se mesure au maximum l'imperfection et l'incertitude de nos moyens d'investigation.

Dans 25 % des cas, en premier lieu, nous n'avons pas obtenu de renseignements, ou bien ces renseignements étaient trop douteux pour qu'ils aient pu être retenus.

Sur les 33 cas restant, 13 fois nous n'avons, à l'interrogatoire, pas trouvé d'antécédents pathologiques notables.

Les deux antécédents pathologiques collatéraux les plus souvent trouvés ont été la tuberculose et les maladies mentales.

La tuberculose a été trouvée 9 fois (soit 27 % des cas) chez un ou plusieurs collatéraux de nos malades. Joint à ce que nous avons dit de son importance chez le malade lui-même et chez ses ascendants directs, ce chiffre nous confirme que l'épilepsie naît souvent sur un terrain tuberculeux.

Les maladies mentales ont été trouvées dans 5 cas, soit 15 %; le plus souvent il s'agissait de débilité mentale.

L'hérédité similaire collatérale a été trouvée chez 9 % des malades, c'est-à-dire plus souvent que l'hérédité directe que nous n'avons trouvée que dans 2,5 % des cas.

Et en conclusion de cette étude sur les antécédents des femmes épileptiques, nous citerons un exemple qui montrera l'association fréquente des grandes hérédités morbides dans ce domaine :

Mlle R... :

— antécédents personnels :

eczéma;

— antécédents héréditaires :

père éthylique : a fait une congestion pulmonaire;

grand-père paternel éthylique;

mère : neurasthénique;

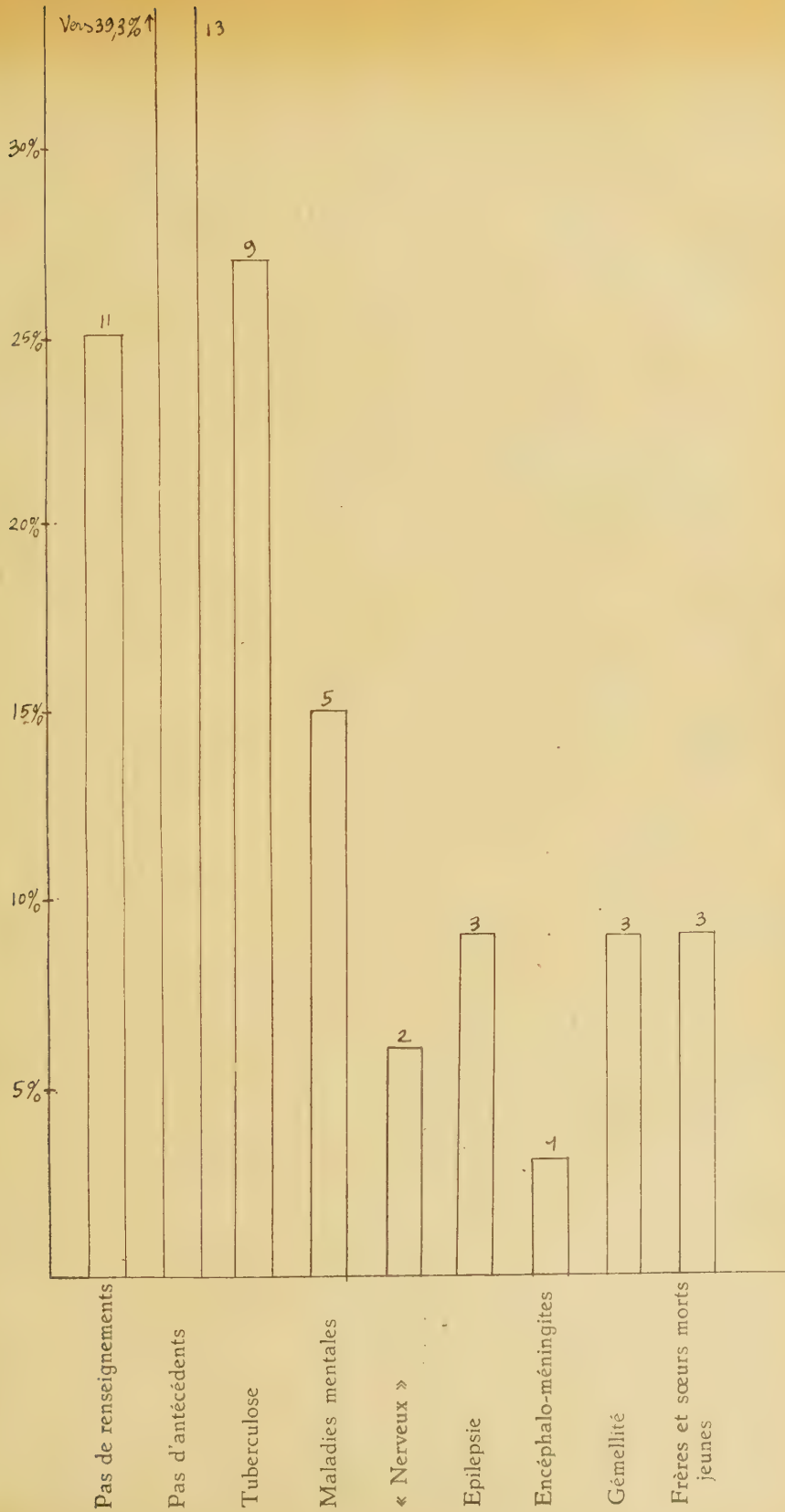
— antécédents collatéraux :

une sœur « nerveuse »;

une sœur morte de méningite tuberculeuse;

un oncle maternel : pendu;

une tante maternelle : épileptique.



Antécédents collatéraux de 44 femmes épileptiques

DEUXIEME PARTIE

Antécédents personnels héréditaires et collatéraux de 188 enfants retardés intellectuels

L'étude de ces antécédents présente une valeur plus grande que la même étude que nous avons faite chez les adultes, parce que les chiffres que nous avons établis se fondent sur une base plus solide. Les enfants étudiés ont été soit examinés dans les consultations d'hygiène mentale de Vannes et de Lorient, soit traités — et c'est le plus grand nombre — dans le service de neuro-psychiatrie infantile de Saint-Avé.

Pour 85 % de ces enfants environ, nous avons eu une enquête sociale complète et soigneusement établie dont nous avons nous-mêmes vérifié les données par interrogatoire minutieux des familles. Pour les 15 % restant, les renseignements ont été recueillis par les médecins de Saint-Avé auprès des familles et nous les avons fait préciser du mieux possible. Cela nous a permis d'obtenir des données complètes et relativement sûres sur les antécédents personnels des enfants. En ce qui concerne les antécédents collatéraux, les renseignements sont aussi sûrs mais moins complets pour les raisons que nous avons déjà dites. Enfin, en ce qui concerne les antécédents héréditaires, les renseignements obtenus présentent des garanties suffisantes d'authenticité; mais ils ne portent que sur un petit nombre de générations, parents et grands-parents presque exclusivement, ce n'est que dans un très petit nombre de cas que nous avons pu être documentés sur les bisaïeux.

Précisons aussi que nous avons retenu plusieurs cas où les renseignements manquaient sur les antécédents héréditaires et collatéraux, parce que les renseignements sur les antécédents personnels étaient suffisants : il s'agissait alors d'enfants dépendant des services de la Direction de la Population.

Pour permettre une clarté plus nette de l'exposé, il nous est apparu qu'il convenait d'étudier séparément les hérédités dans différents troubles neuropsychiques. Comme chez les adultes, nous présenterons successivement plusieurs tableaux que nous commenterons; nous étudierons ainsi tour à tour : les antécédents d'enfants retardés intellectuels, de caractériels, d'épileptiques.

Le premier tableau indique les antécédents d'enfants retardés intellectuels; l'étude porte sur des garçons jusqu'à douze ans et des fillettes jusqu'à quinze ans. Les retards présentés sont très divers avec tous les intermédiaires entre la simple lenteur et l'imbécillité. Les tests que nous avons employés pour mesurer le niveau d'intelligence de ces enfants sont multiples : tests de Binet-Simon, de Terman, de De Parrel, et plus récemment tests de Borel-Maisonny pour les enfants de trois à six ans qui présentaient des troubles accentués du langage.

I. — ETUDE DES ANTECEDENTS PERSONNELS DE 188 ENFANTS RETARDES INTELLECTUELS

Précisons au début de cette étude qu'il n'y a que 5 enfants soit 2,6 % pour qui nous n'avons pas eu de renseignements suffisants. Notre statistique portera donc en réalité sur 183 enfants.

Par ailleurs dans 13 cas, soit dans 7,1 %, nous n'avons noté aucun antécédent pathologique notable; dans 92,9 % des cas nous avons trouvé des affections diverses susceptibles d'avoir abouti ou d'avoir contribué à l'insuffisance de développement intellectuel.

Tous les neuropsychiatres sont d'ailleurs d'accord pour admettre l'influence possible des différents processus patholo-

	Antécédents personnels		Antécédents héréditaires		Antécédents collatéraux	
Pas de renseignements .	5 soit	2,6 %	7 soit	3,7 %	15 soit	7,9 %
Pas d'antécédents	13 »	7,1 %	15 »	8,2 %	45 »	26 %
Parents âgés			7 »	3,8 %		
Grossesse difficile	17 »	9,2 %				
Prématurés	13 »	7,1 %				
Accouchement dystoci-						
que	20 »	10,9 %				
Ocytociques glandulaires	13 »	7,1 %				
Forceps	8 »	4,3 %				
Asphyxie à la naissance.	18 »	9,8 %				
Microcéphalie	2 »	1 %			1 »	0,5 %
Hydrocéphalie	2 »	1 %				
Surdimutité	3 »	1,6 %			3 »	1,7 %
Mongolisme	5 »	2,7 %				
Dystrophies	2 »	1 %			1 »	0,5 %
Sous-alimentation	13 »	7,1 %				
Retard du premier déve-						
loppement	105 »	57,3 %			7 »	4 %
Convulsions	24 »	13,1 %				
Rougeole	30 »	16,3 %				
Coqueluche	30 »	16,3 %				
Varicelle	10 »	5,4 %				
Oreillons	7 »	3,8 %				
Scarlatine	4 »	2,1 %				
Diphtérie	8 »	4,3 %				
Variole	3 »	1,6 %				
Hypothyroïdie	3 »	1,6 %				
Hyperthyroïdie	1 »	0,5 %				
Rachitisme	2 »	1 %				
Retard pubertaire	10 »	5,4 %				
Rhumatisme	1 »	0,5 %	13 »	7,1 %	3 »	1,7 %
Asthme	1 »	0,5 %	16 »	8,8 %	2 »	1,1 %
Eczéma	3 »	1,6 %			1 »	0,6 %
Diabète			3 »	1,6 %		
Maladies digestives	13 »	7,1 %	25 »	13,8 %	2 »	1,1 %
Vers intestinaux	14 »	7,6 %				
Anémie	8 »	4,3 %	3 »	1,6 %	3 »	1,7 %
Néphrites			4 »	2,2 %	1 »	0,6 %
Infections	18 »	9,8 %	8 »	4,4 %		
Cardiopathies			18 »	9,9 %		

	Antécédents personnels		Antécédents héréditaires		Antécédents collatéraux	
Traumatismes crâniens .	7 »	3,8 %	1 »	0,5 %		
Néoplasie			11 »	6 %		
Paludisme			2 »	1,1 %		
Chorée	6 »	3,2 %				
Méningoencéphalite . .	17 »	9,2 %	4 »	2,2 %	18 »	10,4 %
Paralysies	9 »	4,9 %	19 »	10,4 %	9 »	5,2 %
Ictus apoplectiques . . .			14 »	7,7 %	1 »	0,6 %
Epilepsie	20 »	10,9 %	7 »	3,8 %	3 »	1,7 %
Morts jeunes					23 »	12,5 %
Mort-nés					16 »	8,6 %
Fausse-couches			25 »	13,8 %		
Mort subite			10 »	5,5 %	1 »	0,6 %
Gémellité	7 »	3,8 %			7 »	4 %
Consanguinité			6 »	3,3 %		
Syphilis			5 »	2,7 %		
Chocs affectifs	36 »	19,6 %				
Maladies pulmonaires . .	52 »	28,3 %	31 »	17,1 %	7 »	4 %
Suspicion de tuberculose	1 »	0,5 %	14 »	7,7 %	7 »	4 %
Tuberculose	15 »	8,1 %	53 »	29,2 %	39 »	22,5 %
Alcoolisme			98 »	54,1 %		
Maladies mentales			36 »	19,8 %	35 »	20,2 %
« Nerveux »			10 »	5,5 %	1 »	0,6 %
Suicides			4 »	2,2 %		

giques que nous énumérerons sur l'apparition des troubles neuropsychiques dont la débilité mentale n'est qu'un aspect particulier. Il est bon de rappeler ici combien le Docteur H. BARUK a mis clairement en valeur ce point de vue dans son manuel de psychiatrie : « A côté du terrain en quelque sorte congénital, il existe un terrain acquis. On sait toute l'importance des affections de la première enfance. Dans bien des cas la maladie accidentelle de la première enfance constitue une véritable hypothèque pour l'avenir mental du sujet ». Et BARUK n'est pas le seul à attirer l'attention sur ce point étiologique. Le Docteur DE PARREL écrit : « Au cours de la vie intra-utérine, l'enfant participe à l'existence maternelle; tout choc morbide, tout traumatisme, toute infection ou intoxication

se répercutent sur lui. Trop souvent au moment de la naissance l'enfant est traumatisé, du fait d'une dystocie, de la lenteur exagérée de l'accouchement ou d'une manœuvre obstétricale (application de forceps). ». Et DE PARREL précise ensuite dans un chapitre intitulé « Les causes des déficiences infantiles » l'ordre chronologique des causes qui ont pu engendrer la déficience : causes préconceptionnelles et conceptionnelles, causes intervenant au cours de la vie intra-utérine, causes intervenant au moment de la naissance, causes agissant au cours de la première et de la seconde enfance.

Envisageant la question de façon très générale, on peut dire que tous les psychiatres admettent l'importance d'une affection, quelle qu'elle soit, comme cause déterminante d'une psychopathie. En ce qui concerne la débilité mentale, beaucoup la considèrent surtout comme une dégénérescence, conséquence de processus pathologiques qui ont existé chez les ascendants. Cela est vrai pour la débilité profonde, l'idiotie et l'imbécillité. Mais c'est plus discutable pour les débilités moins accentuées, celles par exemple qui se traduisent par un quotient intellectuel entre 60 % et 80 % ; pour celles-ci, à côté de l'hérédité morbide qui garde toute son importance et que nous serons amenés à étudier dans le chapitre suivant, interviennent toutes les causes que DE PARREL a, judicieusement classées. Notre expérience, pourtant bien courte, de quatre ans de neuropsychiatrie infantile, nous a montré que bien souvent le retard intellectuel déposé est sous la dépendance directe de faits divers, par exemple d'une hypothyroïdie, d'un mauvais état général, d'une déficience sensorielle, de chocs affectifs, etc...

C'est pourquoi il nous paraît intéressant d'étudier les antécédents personnels des 183 enfants retardés intellectuels que nous avons connus et suivis.

1° Nous étudierons en premier lieu les *causes qui ont pu intervenir au cours de la vie intra-utérine*. Sur 183 enfants, nous en avons trouvé 17 soit 9,2 % pour qui la grossesse a été perturbée.

Dans 10 cas il a existé une sous-alimentation continue, sévère et des émotions violentes dues aux événements de

guerre. Il s'agissait de femmes de Lorient qui, soumises de façon répétée aux bombardements qui ont pratiquement anéanti la ville, ont été en proie ensuite dans cette agglomération détruite à la misère et à la sous-alimentation liées à cette destruction, 7 de ces femmes ont d'ailleurs mené à terme leur grossesse au milieu des bombardements. DE PARREL écrit à propos de faits semblables : « Ce furent des grossesses d'angoisse qui ont donné des enfants dont la croissance s'opère mal, dont les fonctions psychomotrices s'éveillent lentement, dont le système nerveux est fragile ». Il est difficile d'expliquer par quels mécanismes les chocs nerveux subis par la mère agissent secondairement sur le fœtus, mais le fait est là.

Les autres grossesses perturbées l'avaient été dans les conditions suivantes : 2 femmes ont subi des interventions chirurgicales; l'une pour hernie, l'autre pour appendicite; 2 autres présentèrent jusqu'à une période avancée de la grossesse (4 mois pour l'une, 5 mois pour l'autre), des vomissements incoercibles qui entravèrent leur alimentation et dont on comprend bien qu'ils aient pu avoir des conséquences fâcheuses pour l'enfant.

Une autre femme fit à six mois de grossesse une chute sévère : il y a d'ailleurs lieu d'ajouter qu'elle accoucha prématurément à 8 mois de grossesse.

Une seizième femme fut atteinte de typhoïde pendant sa grossesse; la dernière enfin qui travaillait dans une entreprise allemande, fut vaccinée au cours du 5^e mois de la grossesse contre le typhus et cette vaccination l'aurait, d'après elle, beaucoup fatiguée.

2^e Envisageons maintenant les causes qui ont joué au moment de la naissance : accouchement long ou dystocique, injections d'ocytociques destinées à hâter un accouchement long, applications de forceps, asphyxie à la naissance. Nul ne songe à contester leur importance dans l'étiologie de l'épilepsie : « Combien d'épilepsies, dit BARUK, rapportées autrefois à l'hérédité, sont liées à des traumatismes obstétricaux au moment de la naissance ». Nous pensons que ces causes peuvent jouer un rôle dans l'apparition de tous les troubles neuro-psychiques de l'enfance et notamment du retard intellectuel.

Il faut dire que l'accouchement normal ne préserve pas le fœtus de tout traumatisme, certains fœtus se trouvant traumatisés hors de toute manœuvre de force, parce qu'ils sont eux-mêmes en état de moindre résistance, fragilisés par l'effet d'une hérédité morbide (alcoolisme, tuberculose, syphilis, etc...) Ils sont surtout fragilisés par la prématurité que nous avons notée dans 13 cas soit chez 7,1 % de nos enfants retardés de l'intelligence. Ces enfants moins résistants, quand ils passent le cap difficile des premiers mois, sont plus que les autres aptes à toutes les anomalies neuro-psychiques ou sensorielles.

Mais les traumatismes obstétricaux, sans doute par intermédiaire de lésions hémorragiques qui engendrent des tissus de sclérose, doivent être causes possibles d'anomalies neuro-psychiques et de retards intellectuels.

Nous avons noté 20 fois des accouchements longs ou dystociques, soit une proportion de 10,9 % qui se répartissent ainsi : 8 accouchements par le siège, 4 circulaires du cordon, 1 accouchement par l'épaule, 7 accouchements prolongés.

DE PARREL, étudiant les antécédents obstétricaux dans 200 cas de déficience infantile, trouvait des applications de forceps dans 10 % des cas, et dans 6,5 % des cas de retard intellectuel. Nous avons obtenu un pourcentage moindre : 8 cas sur 183, soit 4,3 %.

Par contre, nous avons relevé 13 fois, soit 7,1 % des cas, des injections d'ocytociques destinées à hâter l'accouchement.

L'asphyxie à la naissance a été notée chez 18 enfants soit 9,8 %. Chez 2 de ces enfants les efforts de réanimation ont dû se poursuivre pendant plus d'une heure.

Certes ces 3 derniers faits (forceps, injections ocytociques, naissance en état de mort apparente), se trouvent parfois en même temps dans les antécédents d'un même enfant; c'est pourquoi nous précisons que nous avons trouvé un, deux ou les trois faits chez 32 enfants, soit l'importante proportion de 17,4 %. C'est pourquoi aussi il faut poser à nouveau une question : n'y a-t-il pas des circonstances parfois où l'application de forceps ou l'injection d'ocytocique pourrait être évitée ? Les injections de lobe postérieur d'hypophyse sont déjà

— et cela nous semble heureux — moins fréquentes depuis que les sages-femmes n'en ont plus le libre usage. Mais nous nous alarmons de la facilité avec laquelle le forceps est parfois appliqué, tout en comprenant bien les raisons qui peuvent amener le praticien et l'accoucheur, à y recourir.

Rappelons donc les chiffres que nous avons obtenus :

- grossesses perturbées : 17 cas (soit 9,2 %);
- prématurité : 13 cas (soit 7,1 %);
- accouchements longs ou dystociques : 20 cas (soit 10,9 %);
- forceps, ocytociques, mort apparente : 32 cas (soit 17,4 %).

L'importance de ces chiffres fait que nous pensons que l'influence des faits pathologiques au cours de la grossesse et des traumatismes au moment de l'accouchement sur la genèse des retards de développement intellectuel ne saurait être sous-estimée. Certains accoucheurs se sont d'ailleurs associés à ces conclusions tels J. GRASSET, gynécologue accoucheur des hôpitaux, qui a déclaré en approuvant le cri d'alarme que le Docteur DE PARREL avait lancé à la société de médecine de Paris : « Si l'on songe que l'accouchement naturel lui-même est susceptible, au cours de certaines dystocies dynamiques et chez les prématurés notamment, de déterminer des lésions cérébro-méningées, on réalisera mieux le caractère traumatique de certaines interventions instrumentales chirurgicales. Si les praticiens qui sont encore partisans de ces solutions systématiques regrettables, avaient toujours l'occasion d'en observer les effets éloignés, sans doute seraient-ils plus enclins à une sage réserve. Il était donc particulièrement intéressant de connaître sur ce point les avis des spécialistes de l'enfance retardée ».

3° Causes agissant au cours de la première ou de la seconde enfance.

Au cours de la première enfance notamment (de 0 à 24 mois) de nombreux faits pathologiques peuvent perturber l'organisme en plein développement et être cause déterminante ou favorisante d'anomalie neuropsychique.

Ces faits se retrouvent, avec quelques différences, mais aussi nombreux dans la seconde enfance.

a) Les traumatismes graves, rares dans la première enfance (en raison des précautions qui entourent l'enfant) se trouvent de temps en temps à partir de la 3^e année. Parmi les 183 enfants retardés intellectuels que nous étudions, nous en avons trouvés 7, soit 3,8 % qui, dans leur seconde enfance, présentèrent des traumatismes crâniens très graves. L'un d'eux, en particulier, avait glissé sous un train et était resté 48 heures dans le coma; dans ce cas l'influence du traumatisme paraît avoir été nette puisqu'avant l'accident survenu à l'âge de deux ans, l'enfant ne présentait aucun retard psychomoteur; de plus l'enfant a 8 frères et sœurs qui ne présentent aucune anomalie neuropsychique.

b) Les maladies infectieuses, et notamment les fièvres éruptives, ont été souvent retrouvées dans les antécédents personnels de nos enfants : chez 57 d'entre eux, soit dans une proportion de 31,1 %. Nous avons trouvé les différentes maladies éruptives avec la fréquence suivante :

Rougeole : 30 fois, de même que la coqueluche. Ce sont là les 2 maladies éruptives les plus souvent rencontrées. Plus rarement nous avons trouvé la varicelle (10 fois), la diphtérie (8 fois), les oreillons (7 fois), la scarlatine (4 fois), la variole (3 fois). Il est difficile de savoir si ces maladies infectieuses jouent un rôle au moins favorisant dans la détermination du retard intellectuel. Il ne semble pas qu'elles soient trouvées avec une plus grande fréquence chez les enfants étudiés que chez les enfants normaux. Mais on peut tenir quand même pour vraisemblable qu'elles exercent un rôle favorisant chez des enfants fragilisés par leur hérédité morbide, et cela sans doute en développant une encéphalopathie infectieuse.

On peut ajouter à ce chapitre les infections diverses trouvées chez les enfants retardés intellectuels. On peut dire que là encore leur fréquence ne dépasse pas celle trouvée chez les enfants normaux; nous en avons relevé 18 cas, soit 9,8 %, qui se répartissent ainsi : 9 fois une otite, 4 cas de furonculose, 2 cas de laryngite striduleuse, un cas de typhoïde, un cas

d'ophtalmie avec nécessité d'énucléation de l'œil, un cas de septicémie staphylococcique à localisations cutanées et osseuses multiples.

c) La tuberculose, dans tous les cas pulmonaires, confirmée cliniquement et radiologiquement, ayant nécessité un traitement spécialisé et un séjour en établissement de cure a été trouvée dans 15 cas, soit une proportion de 8.1 %.

Dans un autre cas, il y a eu suspicion de tuberculose mais sans que la preuve de la maladie ait pu être faite. De plus un grand nombre d'enfants retardés présentent l'état d'impregnation bacillaire dont nous parlerons ultérieurement.

Ce pourcentage important, est peut-être l'indice d'une fragilité pulmonaire; cette fragilité nous semble confirmée par le nombre des pneumopathies trouvées chez nos enfants retardés, 52 fois, soit dans 22,8 % des cas, nous avons noté une ou plusieurs affections pulmonaires dans les antécédents personnels (pneumonies, bronchites, bronchopneumonies, congestions pulmonaires, un cas de dilatation des bronches). Il est d'ailleurs remarquable que ces affections surviennent avec prédilection chez des enfants dans les antécédents héréditaires et collatéraux de qui on trouve souvent ces mêmes pneumopathies, ou des évolutions tuberculeuses.

d) Très importante aussi est la part des antécédents personnels neurologiques : ils sont fréquents et multiples.

Les convulsions dans les jours ou les mois qui suivent la naissance ont existé chez 24 enfants, soit 13,1 %. Sur ces 24 enfants, 12 avaient eu un accouchement dystocique (naissance en état de mort apparente, ocytociques, forceps, accouchement par le siège ou circulaire du cordon).

Les accidents épileptiques ont été retrouvés 20 fois, soit 10,9 %. Conséquence soit de traumatismes au cours de l'accouchement ou de l'enfance, soit d'infections méningées, soit d'une hérédité morbide (alcoolique par exemple), on comprend aisément qu'ils aient pu préparer des troubles intellectuels, comme ils peuvent être à la base de troubles moteurs ou caractériels.

Six enfants retardés intellectuels, soit 3,2 %, sont des choréiques. Faut-il rappeler le rôle néfaste des processus méningo-encéphalitiques dont les répercussions ne sont plus à souligner ? Nous les avons trouvées 17 fois (soit 9,2 %) sur 183 enfants retardés. Mais la nature exacte de la maladie ne nous a pas été souvent connue faute de renseignements très précis sur l'évolution, les symptômes et les examens biologiques.

Neuf enfants encore ont présenté des paralysies diverses : 3 d'entre eux furent atteints de polimyélite antérieure aiguë, une de polyradiculonévrite.

e) Parmi les maladies qui intéressent les glandes endocrines, les hypothyroïdies n'ont pas été très souvent rencontrées : 3 fois soit 1,6 %. Il y a lieu pourtant de faire remarquer que plusieurs enfants venus en consultation pour retard intellectuel présentaient des signes cliniques assez nets d'insuffisance thyroïdienne; malheureusement les difficultés auxquelles nous nous heurtons pour faire pratiquer divers examens complémentaires et notamment le métabolisme basal, ne nous ont pas permis de confirmer ce diagnostic. Nous avons donc écarté ces cas de nos statistiques.

L'hyperthyroïdie a été trouvée chez une fillette de treize ans, dotée de riches hérédités tuberculeuses.

Les retards pubertaires n'ont pas été trouvés souvent, et cela tient pour une part à ce que notre étude porte sur des enfants dont la plupart n'ont pas atteints l'âge normal d'apparition de la puberté. Nous en avons pourtant trouvé 10 cas soit 5,4 %. Il n'y a de doute pour personne que les retards sexuels s'accompagnent parfois de retards intellectuels. Nous avons connu plusieurs garçons débiles qui présentaient une cryptorchidie uni ou bilatérale et il nous a été donné d'observer chez eux les relations étroites entre l'insuffisance génitale et le développement intellectuel. Grâce à la complaisance d'un médecin américain qui nous a fourni le médicament, nous avons pu effectuer chez 3 garçons un traitement par l'« antuitrins », extrait hypophysaire fabriqué aux U.S.A. Nous donnons ci-dessous un bref aperçu des résultats obtenus :

Michel G..., né en 1937.

Le 3 mai 1948 :

Taille : 1 m. 26 — Poids : 25 kg.

Examen génital : bourses déshabitées — Testicules petits perçus à l'anneau inguinal — Vergé de volume normal — Quelques poils pubiens.

Quotient intellectuel : 80 %.

Début du traitement qui se poursuivra jusqu'au 13 août 1948.

Le 27 juin 1948 :

Taille : 127 cm. 1/2 — Poids : 26 kg. 400.

Examen génital : testicules plus gros perçus dans les bourses — Pilo-sité inchangée.

Quotient intellectuel : 93 %.

Le 14 août 1948 :

Taille : 128 cm. — Poids : 27 kg.

(Sortie de l'enfant.) Quotient intellectuel : 97 %.

Jean C..., né en 1943.

3 mai 1948 :

Taille : 1 m. 08 — Poids : 19 kg. 600.

Examen génital : bourses déshabitées — Testicule gauche à l'anneau — Testicule droit dans le canal inguinal — Vergé et testicules de volume normal.

Quotient intellectuel : 59 %.

30 juin 1948 :

Taille : 110 cm. — Poids : 21 kg.

Examen génital : testicule gauche dans les bourses — testicule droit en voie de descente.

Quotient intellectuel : 67 %.

Février 1949 :

Taille : 114 cm. — Poids : 22 kg. 600.

Examen génital : testicules dans les bourses.

Quotient intellectuel : 72 %.

Le B... Bernard, né en 1940.

3 mai 1948 :

Taille : 115 cm. — Poids : 21 kg. 100.

Examen génital : bourses déshabitées - Testicule gauche à l'anneau
Testicule droit dans le canal.

Quotient intellectuel : 60 %.

28 juin 1948 :

Taille : 116 cm. 1/2 — Poids : 21 kg. 300.

Examen génital : aucun changement.

Quotient intellectuel : 65 %.

20 août 1948 :

Taille : 117 cm. — Poids : 22 kg. 200.

Examen génital : testicule gauche descendu dans les bourses — Testicule droit en voie de descente.

Quotient intellectuel : 70 %.

En regardant ces résultats nous voyons que, de façon indiscutable, en même temps qu'il y a eu amélioration génitale il y a eu amélioration très nette et rapide du quotient intellectuel. Et les chiffres illustrent mieux que tous les commentaires les relations entre les retards sexuels et les retards intellectuels.

f) Les sous-alimentations, les carences alimentaires, les états d'anémie et d'épuisement sont, à notre avis, une cause non négligeable de retard intellectuel. On connaît en psychiatrie les psychoses d'épuisement où la seule amélioration physique sous l'influence d'une alimentation suffisante et équilibrée, complétée par une thérapeutique générale d'appoint s'accompagne de la régression des troubles mentaux (de type mélancolique et onirique le plus souvent). Dans le département du Morbihan où l'alimentation est souvent mal équilibrée il nous a été donné très souvent d'observer des retards intellectuels légers qui étaient uniquement sous la dépendance d'un état physique médiocre; l'amélioration physique s'est accompagnée d'amélioration du quotient intellectuel dans la grande majorité des cas. Nous en avons encore eu dernièrement un exemple très frappant : il s'agissait d'un garçon de vingt-trois mois, entré dans le service le 22 juin 1950, présentant des retards psychomoteurs avec niveau mental de 10 mois aux tests d'Izard et Simon. Cet enfant, né prématuré, nous est arrivé dans un état physi-

que médiocre avec fièvre, pâleur, anémie hypochrome, pourcentage d'hémoglobine de 60 %. Poids : 9 kg 700. Taille : 77 cm; au 20 décembre 1950, soit 6 mois après l'entrée, l'enfant ayant subi un traitement intensif, l'état est le suivant : Poids 12 kg 700. Taille 0 m. 83. L'enfant n'a plus de température et le pourcentage d'hémoglobine est passé à 90 %. Le niveau mental, aux mêmes tests d'Izard et Simon est à peu près de 19 mois. L'enfant est devenu propre dans la journée, marche seul, commence à faire des petites phrases et à se faire comprendre. Cet exemple n'est pas le seul et il montre l'intérêt thérapeutique qui s'attache à de tels états.

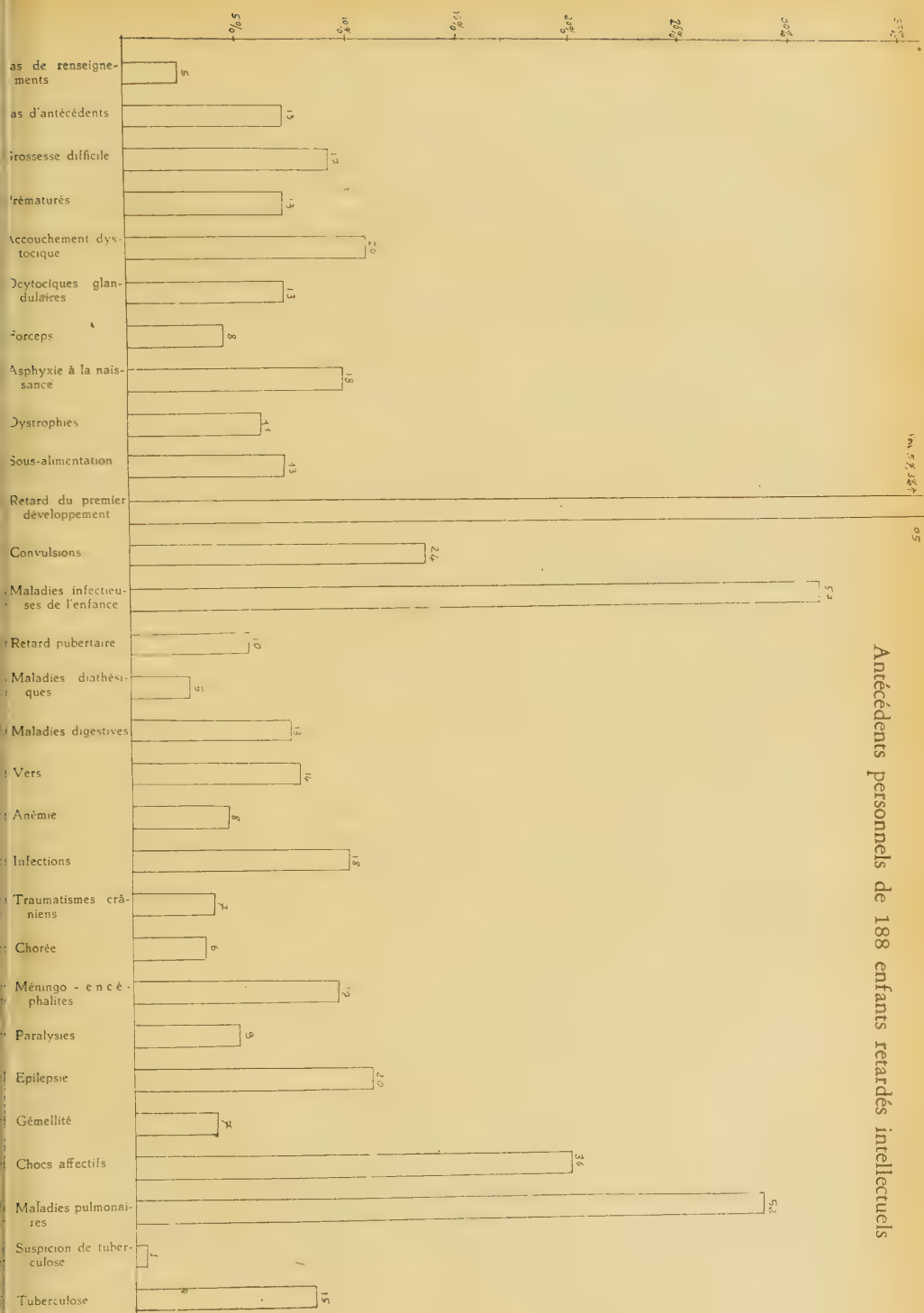
Parmi nos 183 enfants retardés intellectuels nous en avons trouvé 8 (soit 4,3 %) qui ont présenté une anémie sévère vérifiée par examens sanguins, 13 (soit 7,1 %) qui ont été soumis à une sous-alimentation particulièrement importante dans les premières années de leur existence.

13 encore (soit 7,1 %) ont été atteints de maladies digestives graves qui ont perturbé leur nutrition et qui se répartissent ainsi : 10 entérites ou gastroentérites, 3 ictères.

g) Les maladies diathésiques ont été trouvées rarement : 3 fois l'eczéma, 1 fois un rhumatisme articulaire aigu. Nous y ajouterons un cas d'asthme (mais ce dernier cas ne présente pas un intérêt bien grand parce que survenu chez un enfant né en état de mort apparente, état ayant nécessité des efforts de réanimation pendant plus d'une heure. L'amélioration des manifestations asthmatiques chez cet enfant très retardé a d'ailleurs été sans effet sur le niveau intellectuel.

h) Il reste encore plusieurs faits pathologiques à étudier. Parmi ceux-ci se trouvent les chocs émotifs soit brutaux et intenses, soit plus généralement moins accentués mais répétés, subis par les enfants. L'influence de ces traumatismes émotionnels s'avère très nette chez les enfants caractériels; mais elle n'est pas négligeable chez les enfants retardés intellectuels. 36 enfants sur 183 (soit 19,6 %) ont subi des chocs émotifs répétés, dus le plus souvent au milieu familial. La guerre, autant que dans les autres départements français, par ses conséquences économiques, l'alcoolisme, plus qu'ailleurs

Antécédents personnels de 188 enfants retardés intellectuels



peut-être, ont engendré des conditions de vie sociale et familiale néfastes au bon développement intellectuel et affectif des enfants. Les conflits familiaux sont retrouvés souvent à l'origine des perturbations neuropsychiques, et singulièrement d'inhibition intellectuelle. Combien d'exemples ne connaissons-nous pas de parents, désaxés du caractère, de l'affectivité, du jugement, sous l'influence d'une fâcheuse hérédité ou d'une imprégnation alcoolique, qui se livrent à des châtiments corporels souvent injustes et trop violents. Aussi graves sans doute sont les premiers contacts de l'enfant avec la mésentente conjugale : l'enfant se referme devant les discussions, les scènes, violentes parfois, qu'il cherche en vain à comprendre ; nul doute que ces émotions ne laissent des traces durables dans son esprit et dans son cœur, même lorsque — comme se plaît à le redire notre Maître, le Docteur H. DAUSSY — son jeune âge ne lui permet pas d'en garder le souvenir. Autres perturbations du psychisme de l'enfant que celles causées par la séparation du père et de la mère, par la dissociation du foyer, par l'absence aussi de foyer, par le remariage du père ou de la mère : l'enfant ne peut alors — comme il se doit — s'épanouir, manifester son affection et sa confiance. Tous ces faits, capables au premier chef, d'engendrer des troubles caractériels, des désordres du comportement, sont susceptibles aussi à notre avis, de déterminer des inhibitions intellectuelles.

i) Pour en terminer avec cette étude des antécédents personnels des enfants retardés de l'intelligence, nous n'avons plus qu'à signaler quelques chiffres. Un certain nombre de dystrophies ont été plusieurs fois retrouvées :

- le mongolisme : 5 fois (soit 2,7 %) ;
- la microcéphalie et l'hydrocéphalie : 2 fois chacune ;
- la surdi-mutité : 3 fois.

Un dernier point attirera notre attention : c'est celui du retard du premier développement, étudié à travers l'apparition de la marche, des dents, de la parole, de la propreté. Le Professeur HEUYER estime que « de un à trois ans c'est avec des signes presque neurologiques qu'on peut suivre le développement intellectuel de l'enfant ».

Les limites concernant les quatre faits énumérés ci-dessus et au delà desquelles on considère que l'enfant est un retardé psychomoteur, ont été fixées diversement par les médecins spécialisés.

Le Professeur LAINÉ disait : « Un enfant qui ne marche pas à dix-huit mois est un malade; un enfant qui ne parle pas à deux ans est un malade; l'enfant qui n'est pas propre à 3 ans est anormal ».

Le Docteur Gilbert ROBIN a singulièrement rétréci ces limites en écrivant : « L'apparition des premières dents après huit mois, de la marche après quinze mois, traduit un retard de développement, l'incontinence nocturne d'urine après vingt-trois mois est pathologique ».

Personnellement, en nous fondant sur les chiffres donnés par LAINÉ nous avons trouvé 105 enfants sur 183 retardés intellectuels, soit 57,3 % qui ont présenté un retard de ce premier développement. 90 fois sur 105 le retard portait à la fois sur les dents, la marche, la parole et la propreté.

L'on peut penser que dans ces retards psychomoteurs s'inscrit souvent le futur retard intellectuel. Le Professeur HEUYER, à la suite de qui nous associons les deux choses a d'ailleurs écrit : « L'enfant qui a eu sa première dent à six mois, qui marche à douze mois, qui prononce les premières phrases à dix-huit mois, et qui est propre à quinze mois, se développe normalement au point de vue de l'intelligence et du caractère. Si le développement est troublé, ce sera à cause d'un accident fortuit, ultérieur, d'ordre infectieux ou traumatique ».

II. — ETUDE DES ANTECEDENTS HEREDITAIRES DE 188 ENFANTS RETARDES INTELLECTUELS

Dans 7 cas, soit 3,7 % les renseignements ont été nuls ou insuffisants, ce qui nous a amené à faire l'étude réelle sur les antécédents héréditaires de 181 enfants. Sur 181 enfants retardés intellectuels, 15, soit une proportion de 8,2 % n'ont aucune hérédité morbide notable; mais la plupart de ces 15 enfants

ont des antécédents personnels pathologiques capables d'expliquer à eux seuls leur retard :

5 d'entre eux, peu retardés, à quotient intellectuel de 80 %, ont peu d'antécédents personnels notables (toutefois l'un a fait une primo-infection tuberculeuse sévère, un autre est choréique, un troisième a fait des convulsions, un quatrième est un prématuré qui présenta dans les premières années une rougeole, une coqueluche et plusieurs bronchites).

Parmi les 10 autres (dont les quotients intellectuels sont entre 35 % et 65 %) un seul a eu une existence exempte jusqu'à ce jour d'incidents pathologiques. Deux sont des mongoliens, 3 sont des prématurés, 2 naquirent en état de mort apparente, un fut atteint à deux ans de méningite cérébrospinale, un autre est épileptique, le dixième enfin était un myœdémateux. Pour deux d'entre eux, la grossesse fut perturbée, l'une par une typhoïde, l'autre par les bombardements et la sous-alimentation.

Chaque fois que nous étudierons les antécédents héréditaires d'enfants présentant des anomalies neuropsychiques, nous trouverons trois grandes hérédités morbides qui se présentent avec un ordre de fréquence à peu près constant : d'abord l'alcoolisme, puis la tuberculose et les antécédents vésaniques. Il en est ainsi pour les antécédents héréditaires des 181 enfants retardés intellectuels.

1° L'alcoolisme occupe de très loin la première place. Nous l'avons trouvé chez un ou plus souvent chez plusieurs ascendants de 98 enfants retardés, soit dans la proportion de 54,1 %.

Quand nous tenterons d'exposer sur un plan plus général le problème de l'alcoolisme quant à ses conséquences neuropsychiques nous dirons que la notion d'alcoolisme est peu facile à définir car ses limites sont mal précisées. La question qui se pose est celle-ci : à partir de quand peut-on dire qu'un être humain est alcoolique. Les chiffres sont incertains, et la quantité, comme la nature, de boisson alcoolisée absorbée est extrêmement variable d'un sujet à un autre. Dans le Morbihan pourtant la question est assez claire et on peut déjà en fixer certaines données : dans ce département, troisième de France pour la production des pommes à cidre, l'alcoolisme est rural,

familial, avec à sa base essentiellement le cidre et l'eau de vie de cidre; ce n'est que dans le canton de Sarzeau, et dans la région côtière qu'il s'y ajoute l'alcoolisation par le vin, les liqueurs et les apéritifs. Mais quelle est la quantité absorbée ? Elle est très variable, mais toujours importante; tous les médecins du département sont d'accord pour déclarer que les doses de 6 à 12 litres de cidre par jour sont communes. Le Docteur SALOMON, médecin chef à l'hôpital psychiatrique de Lesvellec, considère même que les rations journalière de 15 litres ne sont pas rares. Il s'y ajoute en plus l'absorption d'eau de vie; et dans de nombreuses fermes la bouteille d'eau de vie « trône » à peu près en permanence sur la table. Mais tout cela n'a qu'une importance relative car nous verrons que l'alcoolisme dépend moins de la quantité ingérée que de la tolérance à l'alcool.

Le pourcentage que nous avons donné de 54 % d'antécédents héréditaires alcooliques chez nos enfants retardés apparaîtra peut-être à certains comme exagérément élevé. Contentons-nous de remarquer que d'HEUCQUEVILLE a relevé l'alcoolisme « avec certitude dans l'ascendance de plus de la moitié des malades de son service de neuropsychiatrie infantile », et que le Docteur SICARD, de Plauzoles écrivait : « Sur 100 enfants tarés on trouve à l'origine dans 50 % des cas l'alcoolisme des parents ».

Si, de façon plus précise, on étudie les antécédents de 60 enfants idiots ou imbéciles, c'est-à-dire d'enfants dont le quotient intellectuel est inférieur à 50 %, on trouve que 44 d'entre eux soit la proportion de 73,33 %, ont des antécédents héréditaires alcooliques. Le Docteur APERT disait : « Les relevés d'asile montrent que 60 % des idiots sont fils d'alcooliques, presque toujours c'est le père qui est en cause ».

Si on étudie la répartition de ces 98 cas où il y a des antécédents héréditaires alcooliques, on trouve les chiffres suivants :

alcoolisme du père	36 fois
» de la mère	3 »
» du père et de la mère	7 »

»	du père et des grands pa- rents (dont 20 fois alcoolisme		
»	du père et des grands-parents paternels	24	»
»	de la mère et des grands- parents	2	»
»	du père, de la mère, et des grands-parents	10	»
»	des grands-parents	16	»

Ce qui montre la prépondérance très nette de l'alcoolisme de la lignée paternelle dans l'apparition des retards intellectuels de l'enfant.

2° Après l'alcoolisme l'hérédité morbide la plus souvent trouvée dans les antécédents des enfants retardés intellectuels est la tuberculose. Nous l'avons trouvée 53 fois, soit une proportion de 29,3 %.

Ajoutons que dans les antécédents héréditaires de 14 autres enfants retardés (soit 7,7 %) nous avons trouvé des affections dont nous avons soupçonné la nature bacillaire mais sans que nous ayons pu en avoir la preuve.

Quelle est la répartition de cette tuberculose ? Nous l'avons trouvée :

- 14 fois chez le père seul (sur ces 14 cas, 7 fois le père était en même temps alcoolique) ;
- 8 fois chez la mère ;
- 4 fois chez le père et la mère ;
- 4 fois chez le père et les grands-parents ;
- 4 fois chez la mère et les grands-parents ;
- 18 fois chez les grands-parents seuls ;
- 1 fois chez le père, la mère et les grands-parents maternels.

Nous voyons que cette proportion d'antécédents héréditaires tuberculeux chez les enfants retardés intellectuels est importante. Nous ne sommes pas les premiers à noter ce fait. PRIVAT DE FORTUNIE a écrit à ce sujet : « La tuberculose se

rencontre fréquemment chez les ascendants et collatéraux des arriérés ou anormaux. Au dispensaire d'hygiène mentale et infantile de Bruxelles, sur 800 enfants anormaux à des titres divers, le Professeur VERMEYLEN l'a relevée 322 fois soit dans la proportion de 40,2 %. Plus particulièrement VERMEYLEN n'a pu déceler d'autres causes que la tuberculose dans 217 cas ».

Nous n'avons pas l'intention, d'analyser le mode d'action possible de la tuberculose quant à son influence sur les anomalies neuropsychiques. Contentons-nous de dire que la tuberculose des parents agit sans doute en déterminant une infériorité biologique dont l'aspect physique des enfants issus de parents tuberculeux n'est qu'un témoignage, infériorité qui doit conditionner les insuffisances de développement intellectuel.

Il n'est pas très facile de préciser le degré de retard intellectuel déterminé par la tuberculose chez l'enfant issu de parents ou de grands-parents tuberculeux, car souvent on la trouve associée dans les antécédents héréditaires à des faits pathologiques susceptibles eux aussi de créer une arriération (alcoolisme, antécédents vésaniques, syphilis, consanguinité). Pourtant, parmi les 53 enfants chez qui nous avons trouvé des antécédents tuberculeux, 14 ne présentaient aucune autre hérédité morbide notable. Nous avons constaté pour ces 14 cas le niveau intellectuel suivant :

- 8 fois un quotient intellectuel supérieur à 80 % ;
- 3 fois un quotient intellectuel compris entre 70 et 80 % ;
- 1 fois un quotient intellectuel compris entre 60 et 70 % ;
- 1 fois un quotient intellectuel compris entre 50 et 60 % ;
- 1 fois un quotient intellectuel inférieur à 50 %.

Ces chiffres tendent donc à établir que la tuberculose, si elle engendre chez les descendants des retards intellectuels, ne crée que des retards le plus souvent modérés. Elle n'aboutit à de gros retards que lorsqu'elle est associée à d'autres faits pathologiques, en particulier à l'alcoolisme et aux antécédents vésaniques.

3° Autre hérédité morbide importante aussi : l'hérédité mentale. Nous l'avons trouvée dans 36 cas, soit dans une proportion de 19,8 %. Nous ajouterons à ces chiffres 10 cas où des parents étaient « nerveux » (5,5 %) et 4 cas de suicide.

Dans 3 cas seulement, il s'agissait de psychopathies des grands-parents. Les 36 cas d'aliénation nettement caractérisée se répartissent ainsi :

- 22 cas de débilité mentale avérée et plus ou moins accentuée;
- 5 cas de psychose maniaque dépressive;
- 1 cas de démence précoce;
- 6 cas où nous ne connaissons pas la nature de la psychopathie;
- 2 cas de démence sénile.

On voit que c'est de loin la débilité mentale qui est le plus souvent rencontrée; et cela n'étonnera pas plus que ce ne sera discuté. Certains eugénistes n'ont-il pas été jusqu'à préconiser la stérilisation des malades mentaux, tant l'hérédité oligophrénique paraît grave ! Si l'on examine ces 22 cas d'hérédité oligophrénique, nous constatons qu'elles ont abouti :

- dans 12 cas à un quotient intellectuel inférieur à 50 %, c'est-à-dire à un niveau d'idiotie ou d'imbécillité;
- dans 2 cas à un niveau entre 50 et 60 %;
- dans 6 cas à un niveau entre 60 et 70 %;
- dans 2 cas, enfin, à un niveau entre 70 et 80 %.

Ajoutons aussi que nous avons trouvé surtout la débilité mentale maternelle (16 fois contre 5 fois la débilité paternelle et 1 fois la débilité à la fois du père et de la mère).

Mais si elle paraît moins fréquente, l'hérédité oligophrénique paternelle ne s'accompagne pas de conséquences moins graves, comme en témoigne l'observation ci-dessous.

Robert E..., quinze ans.

Quotient inférieur à 50 % — Pas d'antécédents personnels notables.

A. H. et A. C. :

père : débile et alcoolique;

grand-père paternel : alcoolique et cardiaque;
un oncle paternel débile;
grand-mère paternelle : débile;
deux oncles paternels morts dans les jours qui ont suivi la naissance;
grand-père maternel mort de congestion pulmonaire.

Nous remarquons que, dans ce cas, l'intoxication alcoolique de deux générations a ajouté son action à celle de l'oligophrénie, cette association ayant abouti à un enfant particulièrement arriéré.

Autre exemple :

Odette Le P..., seize ans.

Quotient inférieur à 48 % — Pas d'antécédents personnels pathologiques.

A. H. et A. C. :

père : tuberculeux, alcoolique, débile;
mère : maladie de Basedow;
une sœur débile internée;
une autre sœur et un frère débiles;
grand-père paternel : alcoolique;
grand-mère maternelle : morte subitement.

Le cas est à peu près similaire, mais ici la tuberculose a apporté peut-être sa contribution ! Et cela se rapproche singulièrement du cas suivant qui est encore plus frappant.

Jean-Claude R..., quatre ans.

Quotient inférieur à 50 % — Antécédents personnels : coqueluche et pneumonie à deux ans et demi. Retard pour les dents et la marche.

A. H. et A. C. :

grand-père paternel : tuberculeux;
grand-mère paternelle : alcoolique;
grand-père maternel : mort tuberculeux;
grand-mère maternelle : débile mentale;
père : éthylique, mort de méningite (?);
mère : débile;
une tante maternelle aliénée;

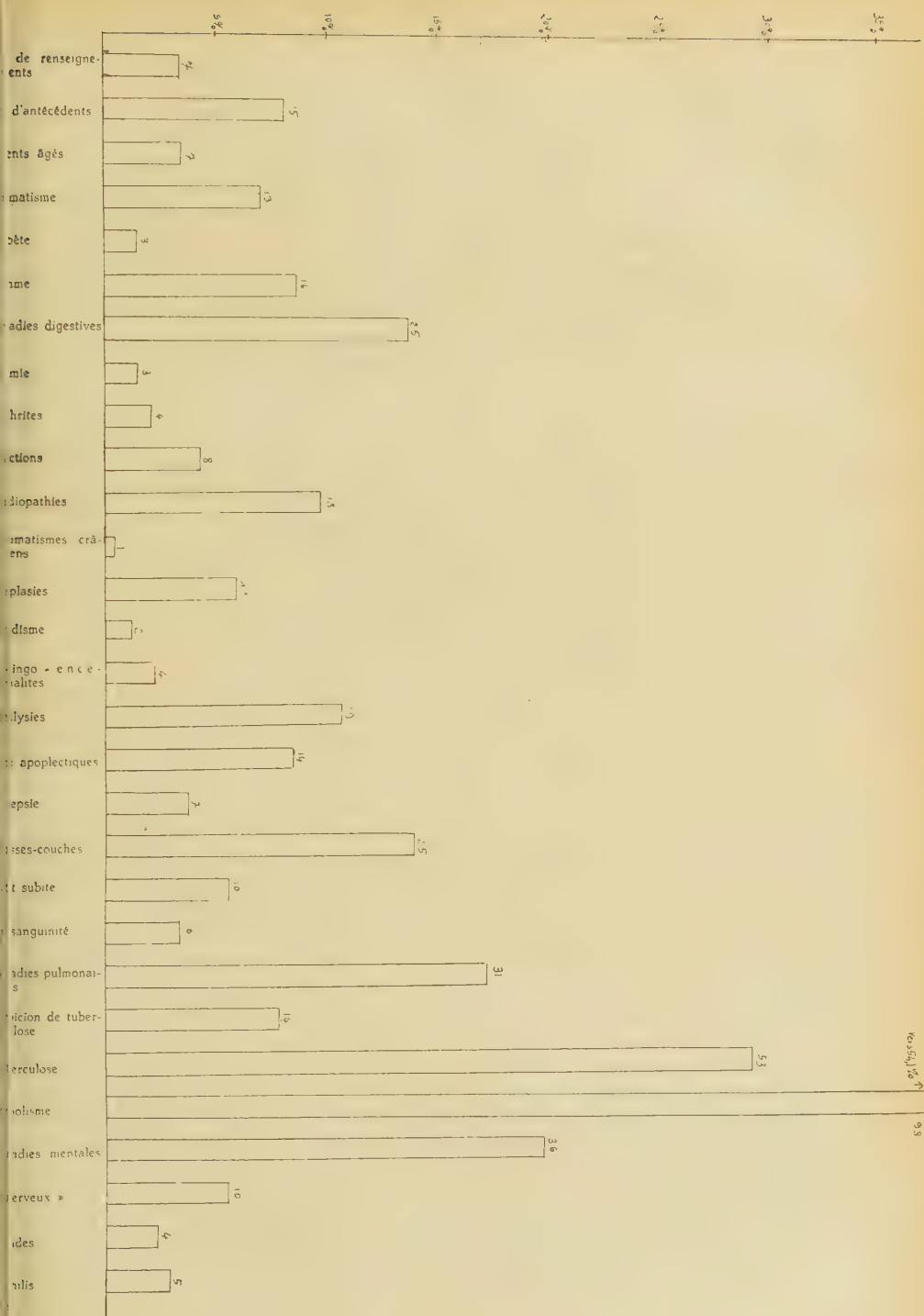
deux autres tantes maternelles débiles;
un frère décédé de méningite tuberculeuse;
un frère de huit ans actuellement en préventorium;
un frère de quatre mois apparemment normal.

A notre sens, cette observation montre mieux que n'importe quel commentaire l'importance des trois facteurs héréditaires que nous avons étudiés chez les enfants retardés intellectuels et la gravité de leur association.

4° Tous les autres faits pathologiques trouvés dans les antécédents héréditaires des enfants retardés intellectuels sont loin d'atteindre la fréquence de l'alcoolisme, de la tuberculose et des psychopathies.

La syphilis, toujours grave dans ses conséquences physiques et psychiques et qui, dans certaines régions de France, a une grande fréquence, n'est que rarement rencontrée dans le département du Morbihan. Nous l'avons trouvée 5 fois sur 181, soit une proportion de 2,7 %, dans les antécédents héréditaires des enfants retardés intellectuels que nous avons étudiés. Ce chiffre, très faible en soi, est encore nettement inférieur à celui trouvé par le Docteur LETAILLEUR qui trouvait 11 % d'hérédosyphilitiques parmi 100 oligophréniques et à qui il apparaissait que la part de l'hérédosyphilis dans l'oligophrénie était beaucoup moins importante en 1939 que dans les ouvrages d'avant 1930. Et il est encore beaucoup plus loin des chiffres de FOURNIER, LAIGNEL-LAVASTINE, HEUYER, VERMEYLEN, etc. Nous pensons que cela est dû à la répartition géographique de la maladie : dans le Morbihan, département rural, pays de petite culture, de propriété très divisée, où les habitants sont dispersés dans des fermes souvent isolées, où les agglomérations importantes sont rares, où enfin les contacts avec les populations extérieures au département sont peu fréquents, la syphilis est peu souvent rencontrée; on ne la trouve guère que dans la zone côtière et plus particulièrement dans la région de Lorient.

La consanguinité est rare également : 6 cas, soit une proportion de 3,3 %. Dans ces 6 cas, nous ne l'avons d'ailleurs



Antécédents héréditaires de 188 enfants retardés intellectuels

pas une seule fois trouvée isolée, mais toujours associée à d'autres processus pathologiques capables de produire ou de favoriser la débilité mentale : alcoolisme surtout, mais aussi tuberculose et aliénation mentale.

Cette dernière remarque s'applique également aux 7 cas (soit 3,8 %) où un ou les deux parents étaient âgés (plus de quarante ans à la conception de l'enfant). Dans nos observations, il n'est pas aisé de démêler la part qui revient à ce fait de la part due aux autres faits pathologiques qui y sont souvent associés. Cela est dit, par souci de précision, et non pour discuter la valeur de l'âge en tant que facteur étiologique ou favorisant de l'oligophrénie; nous sommes de ceux qui croyons à son importance et un exemple nous confirme dans cette idée : il s'agit d'une fillette de neuf ans, à quotient intellectuel de 70 %, sans antécédent pathologique personnel, et dans les antécédents héréditaires et collatéraux de qui on ne relève aucune autre anomalie que l'âge du père : soixante et un ans à la naissance de l'enfant.

Le paludisme des parents que l'on a signalé souvent comme prédisposant aux retards du développement intellectuel, a été rarement trouvé : 2 fois seulement.

Les maladies diathésiques chez les ascendants sont plus fréquentes; nous avons trouvé : —

— 13 fois le rhumatisme (soit 7,1 %);

— 3 fois le diabète (soit 1,6 %).

Il est compréhensible que ces affections qui traduisent des perturbations de la nutrition puissent agir sur le produit de la conception.

A la suite de FÉRÉ, ROGUES DE FURSAC parlait des « dégénérés par trouble de nutrition des générateurs ». Il écrit : « Une mère brightique, par exemple, mais sans tare psychopathique, peut donner naissance à un fils dégénéré, prédisposé à l'aliénation mentale. »

Nous ajouterons cependant que les chiffres que nous avons indiqués ne semblent pas être très différents de ceux qu'on trouverait chez des enfants non retardés.

Par contre, il nous est apparu que l'asthme était assez fréquent chez les ascendants de nos malades : nous l'avons trouvé dans les antécédents héréditaires de 16 enfants retardés, soit dans une proportion de 8,8 %.

D'autres maladies ont été trouvées avec des fréquences diverses :

- les maladies digestives graves dans les antécédents de 25 enfants (soit 13,8 %);
- les néphrites dans les antécédents de 4 enfants (soit 2,2 %);
- les cardiopathies dans les antécédents de 18 enfants (soit 9,9 %);
- les néoplasies dans les antécédents de 11 enfants (soit 6 %);
- les maladies pulmonaires dans les antécédents de 31 enfants (soit 17,1 %);
- les maladies infectieuses diverses dans les antécédents de 8 enfants (soit 4,4 %).

Il semble que tous ces chiffres ne soient pas non plus très différents de ceux qu'on aurait trouvés dans les antécédents d'enfants non retardés.

5° En dernier lieu, nous envisagerons la fréquence des maladies du système nerveux dans les antécédents héréditaires des 181 enfants retardés intellectuels.

Nous avons trouvé 7 fois l'épilepsie, soit dans une proportion de 3,8 %. On sait que les épileptiques sont souvent des déficients de l'intelligence ou des psychopathes, et que cette oligophrénie et ces psychopathies sont transmissibles au plus haut point, cela suffirait déjà à expliquer le retard intellectuel des descendants de l'épileptique. Il s'y ajoute le fait que l'épilepsie trouve souvent son origine dans des hérédités morbides dont l'effet vient s'ajouter à l'action dégénérative de l'épilepsie elle-même.

Nous avons trouvé 4 enfants dont le père est décédé d'une affection du système nerveux qui a été classée « méningite », mais dont la nature très exacte n'a pas été déterminée.

19 fois nous avons noté des paralysies diverses (soit 10,4 %) dont 14 fois des hémiplégies.

Nous ajouterons à ces chiffres 14 cas où nous avons trouvé dans les antécédents héréditaires des ictus apoplectiques. En définitive, nous avons trouvé à 37 enfants des antécédents héréditaires névropathiques, soit une proportion de 20,4 %.

L'importance de ce chiffre est à souligner.

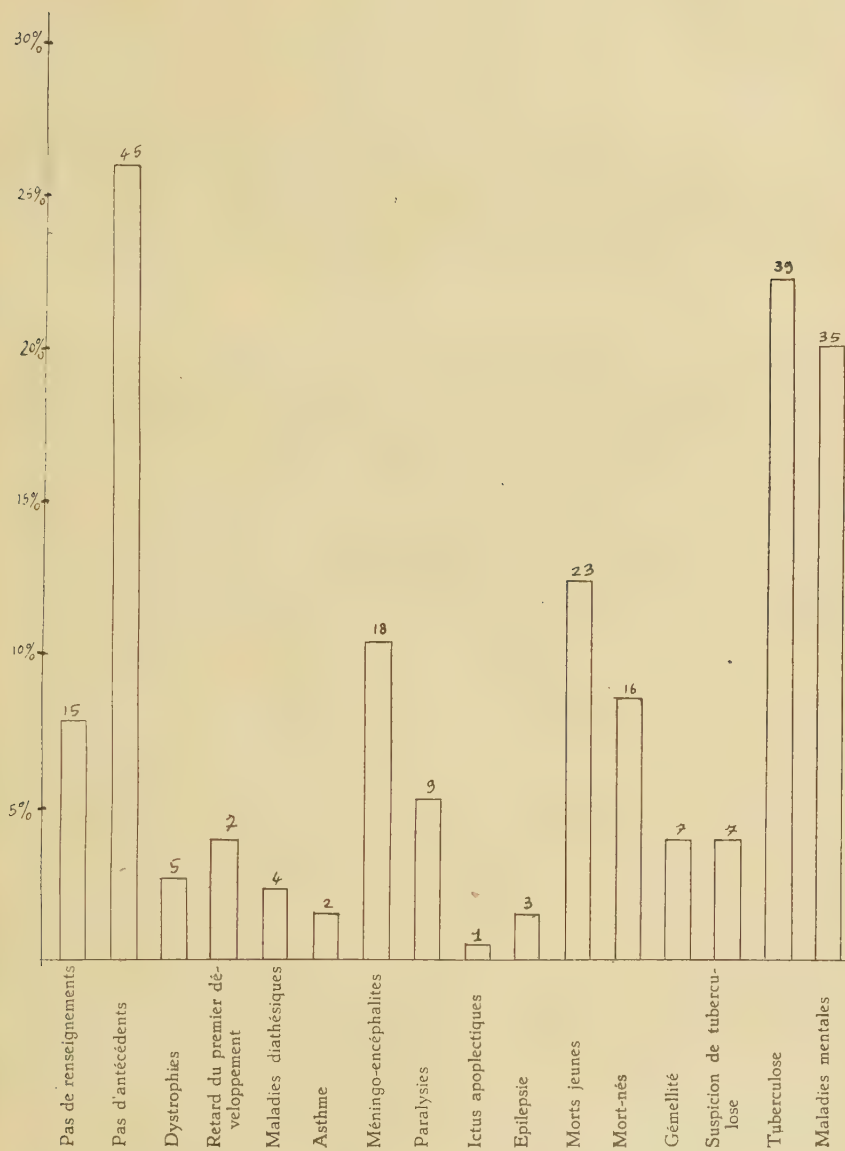
III. — ETUDE DES ANTECEDENTS COLLATERAUX DE 188 ENFANTS RETARDES INTELLECTUELS

Cette étude sera courte parce que — comme chaque fois que nous étudions les antécédents collatéraux — nos renseignements sont très incomplets. Nous n'avons certes que 15 observations, soit une proportion de 7,9 % de cas, où nous n'avons eu aucun renseignement, ce qui ramène notre étude des antécédents collatéraux à l'étude de 173 observations.

Sur ces 173 cas, nous en avons trouvé 45, soit 26 %, où il n'existait aucun fait pathologique notable. Et cet énorme pourcentage diminue beaucoup l'intérêt de notre étude.

En l'absence de l'alcoolisme pour qui nous avons eu des renseignements trop incomplets pour pouvoir en tenir compte, la première place est occupée par la tuberculose. Nous l'avons trouvée dans les antécédents collatéraux de 39 enfants, soit dans une proportion de 22,5 %. Nous ajouterons à ces chiffres 7 cas, soit 4 %, où nous avons trouvé des antécédents collatéraux dont nous avons soupçonné la nature tuberculeuse sans pouvoir l'affirmer.

La tuberculose est suivie de très près par les psychopathies que nous avons retrouvées 35 fois, soit dans une proportion de 20,2 %. Si dans 12 cas nous n'avons pas pu préciser la nature de la maladie ou des maladies mentales en cause, nous avons pourtant constaté une nette prédominance de l'hérédité collatérale oligophrénique que nous avons notée 22 fois sur 35.



Antécédents collatéraux de 188 enfants retardés intellectuels

Confirmant l'idée de l'étroit rapport qui existe entre l'oligophrénie et les maladies du système nerveux, nous avons trouvé celles-ci dans un bon nombre de cas :

- méningoencéphalites : 18 fois (soit dans une proportion de 10,4 %);
- paralysies diverses : 9 fois (soit dans une proportion de 5,2 %);
- ictus apoplectiques : 1 cas (soit dans une proportion de 0,6 %);
- épilepsie : 3 cas (soit dans une proportion de 1,7 %).

23 de nos enfants ont eu des frères et sœurs morts très jeunes, dans les tout premiers mois de la vie, le plus souvent sans que l'affection qui a entraîné le décès ait été clairement définie.

Ce chiffre correspond à une proportion de 12,5 %.

De plus, 16 des 173 enfants retardés intellectuels, soit une proportion de 8,6 %, ont eu des collatéraux mort-nés.

Antécédents personnels héréditaires et collatéraux de 43 enfants épileptiques

I. — ETUDE DES ANTECEDENTS PERSONNELS DE 43 ENFANTS EPILEPTIQUES

« L'hérédité, a écrit VAN GEHUCHTEN, a été longtemps considérée comme un des facteurs prépondérants de l'épilepsie; mais son rôle paraît avoir été fortement exagéré, en ce sens que l'hérédité similaire, sans être exceptionnelle, n'est pas fréquente. »

Mais ce qui est certain c'est que, plus peut-être que dans toute autre anomalie neuropsychique, le terrain a une importance très grande. Il nous est apparu que l'épilepsie — sauf dans un petit nombre de cas — ne se manifeste que lorsqu'il existe une prédisposition née de l'hérédité morbide. Mais le plus souvent, cette prédisposition ne se traduit par la comitialité qu'à l'occasion de causes déterminantes très diverses. Ce sont ces causes que nous étudierons en envisageant les antécédents personnels de 43 enfants épileptiques. Parmi ces causes, les plus fréquentes sont les traumatismes obstétricaux, les traumatismes de la première enfance et les toxi-infections infantiles.

Il est pourtant des cas où nous n'avons pu déceler ou soupçonner aucune étiologie à l'épilepsie. C'était par exemple le cas d'un garçon de huit ans qui présentait une comitialité avec crises généralisées fréquentes, vertiges, absences et troubles du caractère; chez ce garçon, nous n'avons trouvé aucun

	Antécédents personnels	Antécédents héréditaires	Antécédents collatéraux
Pas de renseignements .		1 soit 2,3 %	4 soit 9,3 %
Pas d'antécédents	5 soit 11,6 %	2 » 4,7 %	6 » 15,3 %
Grossesse difficile	4 » 9,3 %		
Prématurés	3 » 6,9 %		
Accouchement dystoci- que	6 » 13,9 %		
Ocytociques glandulaires	7 » 16,2 %		
Forceps	5 » 11,6 %		
Asphyxie à la naissance.	9 » 20,9 %		
Luxation congénitale de hanche	1 » 2,3 %		
Surdimutité			1 » 2,5 %
Mongolisme	1 » 2,3 %		
Retard du premier déve- loppement	20 » 46,5 %		2 » 5,1 %
Retard intellectuel	34 » 79 %		
Troubles de langage ..	23 » 53,4 %	2 » 4,7 %	1 » 2,5 %
Convulsions	5 » 11,6 %		
Rougeole	9 » 20,9 %		
Coqueluche	6 » 13,9 %		
Oreillons	1 » 2,3 %		
Scarlatine	2 » 4,6 %		
Diphthérie	1 » 2,3 %		
Rhumatisme		5 » 11,9 %	
Asthme	2 » 4,6 %	2 » 4,7 %	1 » 2,5 %
Eczéma	1 » 2,3 %		
Maladies digestives ...	3 » 6,9 %	8 » 19 %	
Vers intestinaux	5 » 11,6 %		
Etat d'anémie et d'épui- sement	1 » 2,3 %		
Néphrite chronique ...		1 » 2,3 %	
Infections	4 » 9,3 %	1 » 2,3 %	
Paludisme		1 » 2,3 %	
Dysenterie amibienne .		1 » 2,3 %	
Cardiopathies		2 » 4,7 %	
Néoplasies		3 » 7,1 %	
Traumatismes crâniens .	2 » 4,6 %		
Méningoencéphalites ..	6 » 13,9 %	3 » 7,1 %	9 » 23 %
Paralysies diverses	5 » 11,6 %	4 » 9,5 %	3 » 7,6 %
Ictus apoplectiques		2 » 4,7 %	

	Antécédents personnels	Antécédents héréditaires	Antécédents collatéraux
Epilepsie		1 » 2,3 %	4 » 10,2 %
Morts jeunes			5 » 12,8 %
Morts nés			4 » 10,2 %
Fausse-couches		6 » 14,2 %	
Mort subite		1 » 2,3 %	
Consanguinité		1 » 2,3 %	
Chocs affectifs	6 » 13,9 %		
Maladies pulmonaires .	13 » 30,2 %	8 » 19 %	1 » 2,5 %
Suspicion de tuberculose	1 » 2,3 %	2 » 4,7 %	
Tuberculose	2 » 4,6 %	14 » 33,3 %	12 » 30,7 %
Alcoolisme		26 » 60,4 %	
Maladies mentales		9 » 21,4 %	8 » 20,5 %
« Nerveux »		4 » 9,5 %	4 » 10,2 %
Suicides		2 » 4,7 %	

fait pathologique personnel, héréditaire ou collatéral susceptible d'expliquer la maladie. Parmi les 43 cas que nous avons étudiés, c'est le seul où nous n'avons trouvé aucun antécédent important.

Par ailleurs, nous avons — en comptant le cas précédent — 5 enfants (soit une proportion de 11,6 %) qui n'ont eu aucun antécédent personnel pathologique.

L'importance des antécédents personnels dans l'épilepsie serait à étudier dans les cas où les antécédents héréditaires ou collatéraux n'offrent aucune particularité pathologique. Sur 43 enfants, nous n'en avons trouvé que 2 qui étaient dans cette condition.

Premier cas : huit ans.

Aucun A. C. ni A. H. pathologique.

A. P. :

né en état de mort apparente;
allaitement artificiel;
premiers pas à dix-huit mois;
pneumonie à deux ans;
retard intellectuel très important.

Deuxième cas : six ans.

Ni A. H., ni A. C.

A. P. :

grossesse sous les bombardements de Lorient;
mère traitée pour colibacillose pendant la grossesse;
application de forceps;
naissance en état de mort apparente;
a marché après dix-huit mois;
a parlé après deux ans;
troubles du langage modérés mais persistants.

Ces deux exemples attirent l'attention sur la *pathologie de la grossesse et sur les traumatismes obstétricaux* comme causes déterminantes de l'épilepsie.

Sur 43 enfants épileptiques dont nous connaissons les antécédents personnels, 4 sont nés après une grossesse perturbée (soit une proportion de 9,3 %).

A vrai dire, si l'on examine de plus près les antécédents de ces 4 enfants, on voit que, pour 3 d'entre eux, en plus des particularités de la grossesse, il y a eu des circonstances pathologiques de l'accouchement.

Premier cas :

Grossesse sous les bombardements de Lorient.
Mère soignée pour colibacillose pendant la grossesse.
Forceps.
Naissance en état de mort apparente.

Deuxième cas :

Au cinquième mois de la grossesse, grippe et otite consécutive.

Troisième cas :

Grossesse sous les bombardements.
Mère très sous-alimentée pendant la grossesse.
Forceps.
Naissance en état de mort apparente.

Quatrième cas :

Vomissements incoercibles pendant quatre mois.
Enfant né à huit mois.
Accouchement long avec application de forceps.

Et l'on peut penser que l'épilepsie qui s'est manifestée chez l'enfant a sa cause plus dans le traumatisme obstétrical que dans la pathologie de la grossesse. Mais nous ne pensons pas qu'il faille sous-estimer le rôle de celle-ci.

D'ailleurs FÉRÉ, à la suite d'autres auteurs, admettait déjà l'influence possible des émotions subies par la mère pendant la grossesse sur l'apparition de l'épilepsie : « Quant aux émotions de la mère pendant la grossesse comme cause d'épilepsie, elle est admise par un certain nombre d'auteurs en dehors de toute hérédité. Je ne doute pas de cette influence, mais il est difficile d'établir quelle est l'importance de son rôle en dehors d'un état névropathique de la mère. »

Plus important nous paraît le rôle des traumatismes obstétricaux. Nul neurologue ou psychiatre n'en a nié l'importance; dans tous les ouvrages où l'épilepsie est étudiée, ces traumatismes obstétricaux sont considérés comme cause prépondérante de la comitialité; et on tend de plus en plus à admettre qu'ils suffisent à créer la comitialité à eux seuls, en dehors même de toute prédisposition héréditaire. Il est remarquable qu'une importance de plus en plus grande leur soit accordée par les auteurs. Il y a soixante ans, FÉRÉ signalait comme « méritant d'être signalé l'état de mort apparente, l'asphyxie causée par la constriction du cou par le cordon, un long séjour dans le défilé pelvien, l'application du forceps ». Mais il n'en expliquait pas le mécanisme et ne leur accordait qu'un intérêt relatif. Peu à peu, surtout à la suite des travaux sur l'épilepsie traumatique et des recherches anatomopathologiques, on a mieux compris le mode d'action des traumatismes obstétricaux dans l'épilepsie; aujourd'hui de nombreux psychiatres leur accordent un rôle prépondérant (VAN GEUCHTEN, DE PARREL, BARUK, HARTENBERG, etc.). HARTENBERG a jeté un cri d'alarme contre « les méfaits de forceps » : il pense que les altérations cérébrales liées à l'accouchement sont parmi les causes les plus fréquentes de l'arriération mentale et de l'épilepsie : « En ce qui concerne le mal comitial, a-t-il ajouté, j'estime que près de la moitié des cas sont dus à un incident dystocique et tout particulièrement aux applications de forceps. » Et comme DE PARREL et d'autres, le Docteur BARUK va dans cette voie :

« Combien d'épilepsies, rapportées autrefois à l'hérédité, sont liées — nous le savons maintenant — à des traumatismes obstétricaux au moment de la naissance ! »

Pour notre part, tout en gardant à l'hérédité morbide et aux autres faits pathologiques personnels de l'enfant épileptique une importance très grande, nous croyons aussi au rôle extrêmement fréquent du traumatisme obstétrical. Les chiffres que nous avons trouvés nous confirment dans cette opinion.

Sur 43 enfants épileptiques, 18 , soit une proportion de 41,8 %, ont subi un traumatisme obstétrical.

En plus, dans un cas, l'enfant est né à huit mois mais après un accouchement normal. Si nous étudions la fréquence des différents faits qui ont pu aboutir à un traumatisme de l'enfant, nous avons les chiffres suivants :

- 3 enfants sont des prématurés (soit 6,9 %);
- 6 enfants ont eu un accouchement dystocique (soit 13,9 % (accouchement long — siège — cordon);
- 7 enfants ont subi des injections d'ocytociques (soit 16,2 %);
- 5 enfants sont nés après application de forceps (soit 11,6 %);
- 9 enfants sont nés en état de mort apparente (soit 20,9 %).

Ces chiffres pourraient se passer de commentaires. Il nous semble pourtant utile de préciser un point : certains pourront nous faire remarquer que chez beaucoup de ces 18 enfants on trouve dans les antécédents héréditaires et collatéraux des faits pathologiques capables eux aussi d'expliquer la comitialité. Nous reconnaissons la valeur de cette objection, d'autant que nous ne méconnaissons pas le rôle de l'hérédité morbide dans l'épilepsie. Mais nous répondrons deux choses :

— d'une part, que dans quelques cas nous n'avons trouvé aucune particularité autre que le traumatisme obstétrical qui soit capable d'expliquer la comitialité;

— d'autre part, que dans les cas où l'enfant a pu être prédisposé, fragilisé héréditairement par différentes affections (alcoolisme, tuberculose, maladies mentales, maladies neurologiques), l'épilepsie ne se serait peut-être pas produite s'il n'y avait pas eu le traumatisme obstétrical que nous incriminons. Ce qui revient à dire que le traumatisme doit être considéré en fonction du terrain. A notre sens, deux conclusions s'imposent :

a) La première, c'est qu'un traumatisme obstétrical est capable à lui seul de créer l'épilepsie;

b) la seconde c'est que, chez certains enfants prédisposés, le traumatisme obstétrical ne fait que révéler des lésions latentes qui sont sous la dépendance de l'hérédité morbide. Ce second point traduit vraisemblablement la véritable étiologie de l'épilepsie où hérédité et facteurs acquis sont souvent étroitement liés.

1° LES TRAUMATISMES CRANIENS.

Le problème de l'épilepsie traumatique a été particulièrement étudié par MARCHAND qui a donné, en ce qui la concerne, des conclusions analogues à celles que nous venons de dire; il a bien précisé que les traumatismes pouvaient être des causes d'épilepsie, par l'intermédiaire surtout de lésions hémorragiques qui ultérieurement s'organisent en tissu de sclérose. Mais MARCHAND a affirmé deux autres faits : d'abord que le traumatisme est d'autant plus grave qu'il survient chez un sujet plus jeune (d'où l'importance des traumatismes obstétricaux); ensuite qu'il a une influence d'autant plus grande que le sujet est prédisposé par des tares héréditaires ou acquises.

Parmi nos 43 enfants, nous n'en avons trouvé que deux (soit 4,6 %) qui avaient subi un traumatisme crânien sévère, l'un à quinze mois, l'autre à cinq ans. Ce deuxième cas n'est d'ailleurs aucunement démonstratif, car il y avait déjà eu deux ou trois crises convulsives avant le traumatisme.

Dans le premier cas, les crises comitiales sont survenues pour la première fois quelques semaines après le traumatisme, mais chez un enfant qui avait eu un accouchement dystocique,

dont la première dent était apparue à quinze mois, et qui avait des antécédents pathologiques héréditaires et collatéraux importants :

- père alcoolique;
- grand-père paternel éthylique : s'est pendu;
- grand-mère paternelle « nerveuse »;
- mère psychopathe;
- grand-mère maternelle paraplégique;
- deux tantes maternelles mortes de méningite.

Il apparaît donc vraisemblable ici que les deux traumatismes, obstétrical et crânien, et surtout celui-ci, n'ont fait que déclencher l'épilepsie chez un enfant taré, fragilisé par ses hérédités éthylique, psychopathique et neuropathique.

2° LES MALADIES INFECTIEUSES de l'enfance sont souvent retrouvées dans les antécédents personnels des enfants épileptiques. En particulier 15 enfants (soit 34,8 %) ont présenté une ou plusieurs fièvres éruptives. Si nous recherchons la fréquence des diverses maladies, nous trouvons :

- la rougeole chez 9 enfants (soit dans une proportion de 20,9 %);
- la coqueluche chez 6 enfants (soit dans une proportion de 13,9 %);
- les oreillons chez 1 enfant (soit dans une proportion de 2,3 %);
- la scarlatine chez 2 enfants (soit dans une proportion de 4,6 %);
- la diphtérie chez 1 enfant (soit dans une proportion de 2,3 %).

Si l'on se reporte au tableau et au graphique concernant les antécédents des enfants retardés intellectuels, on remarquera que les chiffres des maladies infectieuses y sont assez voisins, à la fois dans la proportion globale (32,1 %) et dans le détail des maladies.

Pourtant il est hors de doute que les toxi-infections de l'enfance peuvent engendrer l'épilepsie mais surtout quand l'enfant est héréditairement prédisposé. Certaines maladies ont

été particulièrement incriminées, notamment la scarlatine que plusieurs auteurs ont signalé comme ayant une particulière fréquence dans les antécédents personnels des épileptiques; nos enquêtes ne nous ont pas confirmé cette opinion. De même nous n'avons trouvé aucun cas où l'épilepsie est apparue peu de temps après une maladie infectieuse.

En dehors des fièvres éruptives, nous avons trouvé d'autres infections chez 4 enfants (soit 9,3 %) : 3 fois une otite et une fois une septicémie à staphylocoques.

3° Plusieurs questions se posent en ce qui concerne les rapports entre les CONVULSIONS DE L'ENFANCE ET L'ÉPILEPSIE.

En présence d'une convulsivité de l'enfance, le problème clinique consiste à répondre à une triple interrogation : s'agit-il d'un trouble fonctionnel réflexe et passager sous l'influence de causes variables qu'il restera à déterminer ? S'agit-il d'une manifestation de l'état humoral spécial que représente la spasmodophilie ? S'agit-il de véritables crises d'épilepsie ?

Dans cette région, où de l'avis des spécialistes agricoles, le sol et en conséquence les aliments sont pauvres en calcium, et où cette carence n'est pas compensée par un apport extra-alimentaire suffisant, on pourrait penser que la spasmodophilie est fréquente : il n'en est rien et son diagnostic positif qui s'appuie surtout sur les signes cliniques car le dosage de la calcémie et les examens minutieux de l'excitabilité musculaire et nerveuse sont rarement pratiqués) est rarement posé. Dans tous les cas où nous avons eu connaissance de convulsivité de l'enfance, il ne nous est pas apparu qu'il y ait eu spasmodophilie.

Il reste donc la question du diagnostic différentiel entre les convulsions de l'enfance et l'épilepsie car, avec VAN GEHUCHTEN et contrairement à un certain nombre d'auteurs, nous pensons que toutes les convulsions de l'enfance ne sont pas de nature épileptique. « L'épilepsie, écrit VAN GEHUCHTEN, peut incontestablement survenir pendant les premières années et même pendant les premières semaines de la vie, mais toute crise convulsive, locale ou généralisée, survenant dans le jeune âge, ne peut pas être considérée comme une crise épileptique. »

Nous avons retenu comme convulsions, des états convulsifs apparus dans des conditions particulières (au cours des pyrexies, au moment des éruptions dentaires, au cours d'affections gastro-intestinales, vers intestinaux, etc.) et ne s'accompagnant d'aucun des signes de l'épilepsie (signes d'altération de l'encéphale, absences, vertiges, retour des convulsions sans cause provocatrice apparente, etc.).

Nous avons trouvé ces convulsions dans les antécédents de 5 enfants, soit dans une proportion de 11,6 %.

4° D'autres causes déterminantes ont été invoquées dans l'épilepsie.

a) *Les maladies digestives graves* : chez un enfant, il y a eu avant l'apparition de la comitialité une gastroentérite sévère, et chez deux autres un ictère. Mais nous n'avons absolument pas pu établir qu'il y ait eu rapport de cause à effet entre la maladie digestive et la comitialité.

b) « Toutes les conditions qui influent sur la nutrition en l'altérant favorisent le développement de l'épilepsie », dit FÉRÉ qui indique l'inanition comme cause déterminante possible de l'épilepsie. Cette idée nous a amené à rechercher combien d'enfants, parmi nos 43 épileptiques, avaient été soumis à une *alimentation insuffisante* ou à des erreurs alimentaires. 7 enfants ont été précocement et longuement sous-alimentés, ce qui a déterminé une croissance insuffisante avec hypotrophie pondérale et staturale surtout dans les premiers mois de la vie.

Par ailleurs, les erreurs de régime sont couramment observées; même en ce moment où le public est plus avisé qu'autrefois de la nécessité pour l'épileptique de n'absorber aucune boisson alcoolisée, il n'est pas rare de voir des parents donner à leur enfant épileptique du cidre aux repas, quand ce n'est pas de l'eau-de-vie ! Un enfant de cinq ans qui avait été traité dans le service de neuropsychiatrie infantile de Saint-Avé, est rentré dans sa famille alors qu'il n'avait plus présenté de crise depuis quatre mois : quinze jours après, il entra à nouveau dans le service, en état de mal; le père nous indiqua alors que chaque jour l'enfant absorbait quelques morceaux de sucre trempés dans de l'eau-de-vie de cidre... « pour se fortifier ! »

Remarquons aussi que le mode d'allaitement ne paraît pas avoir de rôle important : sur les 43 enfants épileptiques étudiés, 22 ont été nourris par la mère et 21 nourris avec du lait de vache ou des laits concentrés.

c) L'attention de FÉRÉ avait déjà été attirée sur la question des rapports entre l'épilepsie d'une part et, d'autre part, les *maladies diathésiques et allergiques*, telles que le rhumatisme, l'asthme et l'eczéma. « Il y a des rapports étroits, écrit-il, entre la famille arthritique et la famille névropathique. » Et BAILLARGER avait déjà signalé la coïncidence du rhumatisme avec les névroses en général. Nous aurons l'occasion de revenir sur cette question quand nous étudierons les antécédents héréditaires des enfants épileptiques. Signalons pour l'instant que nous avons trouvé chez deux enfants épileptiques des manifestations asthmatiques et, chez l'un d'eux, une succession remarquable de trois faits : eczéma, asthme, épilepsie. Voici l'ailleurs le résumé de cette observation.

Maurice Le B..., dix ans et demi.

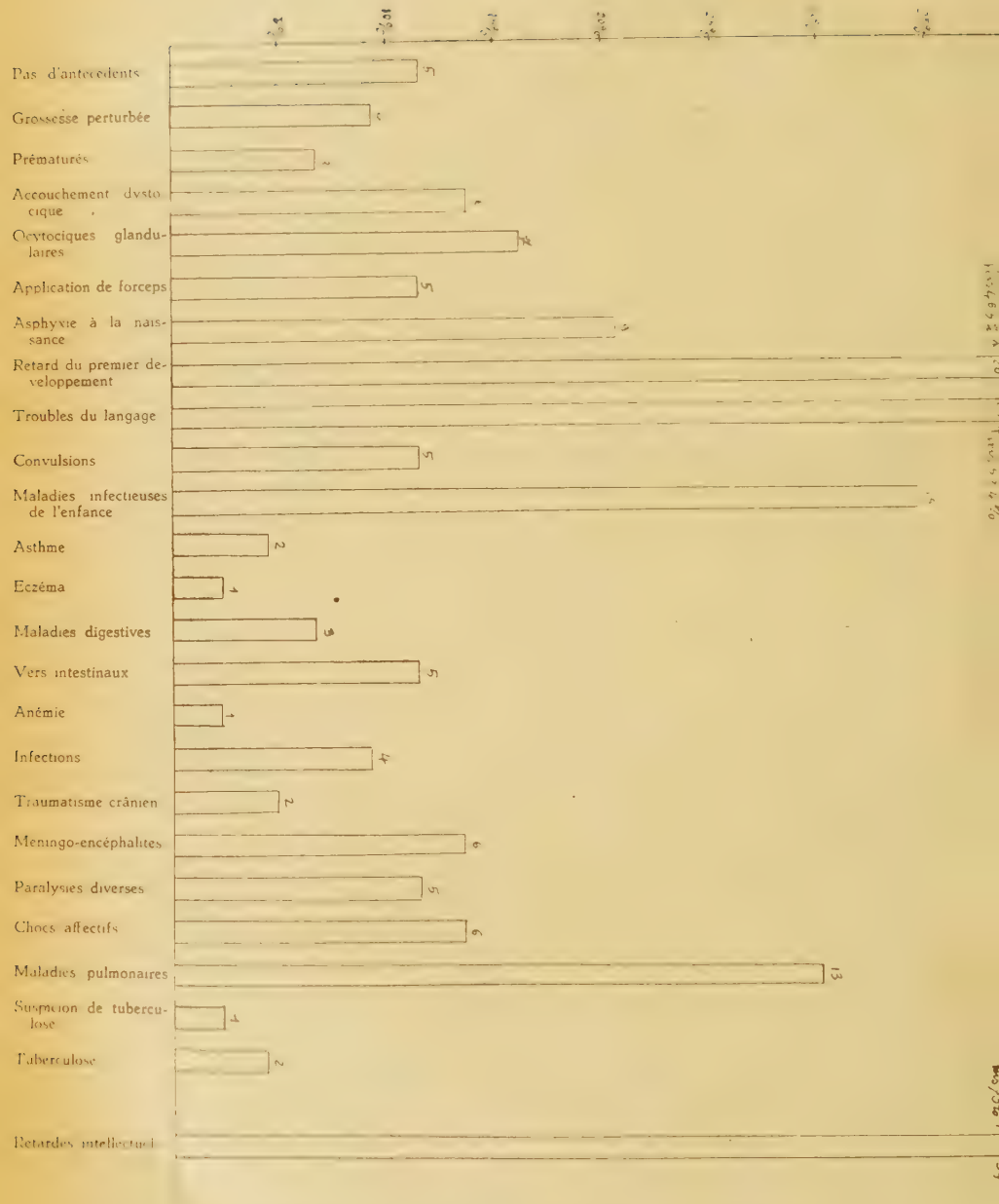
A. H. : grand-père paternel alcoolique — grand-mère maternelle éthylique.

A. C. : une tante paternelle mort-née.

A. P. : enfant né à terme après une grossesse et un accouchement normaux. A l'âge de un mois et demi, l'enfant commence à présenter un eczéma généralisé qui dure jusqu'à sept ans, sans rémissions, malgré les différents traitements essayés.

A sept ans, l'eczéma disparaît brusquement en deux ou trois jours et, sans aucune transition, apparaissent des crises d'asthme qui se répètent plusieurs fois par semaine pendant cinq mois. Les crises d'asthme disparaissent alors aussi brusquement qu'avait disparu l'eczéma. Le lendemain de la dernière crise d'asthme, apparaît une crise d'épilepsie Bravais-Jacksonienne qui débute par l'hémiface droite, puis s'étend au membre supérieur et au membre inférieur droits. Des crises de même type se répètent, d'abord espacées de huit à dix jours. Elles augmentent ensuite de fréquence, et finissent par devenir à peu près quotidiennes.

Un an après la première crise comitiale, se constitue en quelques semaines une hémiparésie droite qui débute aux membres, puis qui se complète d'hémiparésie faciale droite.



Antécédents personnels de 43 enfants épileptiques

d) D'autres faits nous sont apparus comme n'étant pas plus fréquents dans les antécédents personnels des enfants épileptiques que dans ceux d'autres enfants non comitiaux. Nous donnerons quand même les chiffres trouvés :

- 5 enfants (soit 11,6 %) ont présenté une *parasitose intestinale* (ascaris dans tous les cas) ;
- 2 enfants (soit 4,6 %) ont présenté une *tuberculose pulmonaire* évolutive qui a précédé les manifestations épileptiques. Un autre a été soupçonné d'avoir fait également une évolution bacillaire, mais sans que nous ayons pu en avoir la preuve absolue.

En étudiant les antécédents héréditaires et collatéraux des enfants épileptiques, nous rappellerons ce que disaient les Docteurs MARCHAND et TOULOUSE, à savoir que l'épilepsie survenait fréquemment sur un terrain tuberculeux. Les chiffres que nous venons de dire peuvent paraître infirmer cette idée; pourtant, nous avons remarqué que nombreux étaient les enfants épileptiques qui présentent cet état d'imprégnation bacillaire que nous avons déjà décrit et dont nous reparlerons, tout en ne présentant pas de manifestations cliniques de tuberculose. Nous connaissons d'ailleurs plusieurs de ces malades que nous avons pu suivre à trois ou quatre ans de distance et qui firent ces derniers mois une évolution tuberculeuse.

— *Les maladies pulmonaires* ne sont pas non plus particulièrement fréquentes chez les enfants épileptiques. Parmi nos 43 malades, 13 (soit 30,2 %) présentèrent soit des bronchites répétées, soit des congestions pulmonaires, soit des pneumonies, etc. Mais un exemple permet de croire que ces pneumopathies peuvent mettre en évidence — comme d'ailleurs toute autre atteinte toxi-infectieuse — une épilepsie jusque-là latente. Il s'agissait d'un enfant de dix ans, dans les antécédents héréditaires et collatéraux de qui on trouve de l'alcoolisme, de l'oligophrénie et de la tuberculose, chez qui les premières crises sont apparues quelques jours après la terminaison d'une pneumonie double.

e) Il n'étonnera personne que 6 (soit 13,9 % parmi nos enfants aient présenté antérieurement à la comitialité des for-

mes diverses de *méningo-encéphalites*, ni que chez 5 d'entre eux, il y ait eu des manifestations hémiparésiques ou hémiparalytiques.

f) Nous avons dit dans une étude antérieure combien les *chocs émotifs* qui, dans le département du Morbihan, sont essentiellement liés aux perturbations nées de la guerre et de l'alcoolisme, sont capables de créer des inhibitions et des retards intellectuels.

Dans l'épilepsie, FÉRÉ attribue un rôle très important à ces chocs affectifs : « Les émotions asthéniques, les chagrins, la peur en particulier, jouent un rôle considérable... La plupart des aliénistes considèrent que la peur est la cause déterminante la plus fréquente de l'épilepsie... Les états habituels de dépression morale, l'anxiété prolongée jouent le même rôle dans la provocation de l'épilepsie. »

Et si nous n'avons pas, comme certains auteurs, trouvé ces émotions dépressives dans 50 % des cas d'épilepsie, il est quand même intéressant de dire que nous avons trouvé des faits affectifs importants dans les antécédents de 6 enfants épileptiques, soit une proportion de 13,9 %.

g) 20 de nos épileptiques (soit 46,5 %) ont présenté un *retard du premier développement*. Rappelons ici que nous considérons comme retard le fait d'avoir la première dent après dix mois, celui d'avoir marché après dix-huit mois, d'avoir parlé après deux ans, d'être encore énurésique après trois ans. Remarquons d'ailleurs, à propos du chiffre donné, qu'entre autres retards, les 20 enfants cités ont tous été énurésiques bien après trois ans.

h) Nous voudrions, en terminant cette rapide étude, dire un mot du *niveau intellectuel des 43 enfants épileptiques* étudiés :

34 d'entre eux (soit 79 %) sont des enfants retardés au point de vue intellectuel.

Ces retards sont importants : le quotient intellectuel de ces 34 enfants est en dessous de 80 % ; en particulier, 12 d'entre eux sont à niveau d'idiotie ou d'imbécillité et 17 autres ont un quotient compris entre 50 et 70 %.

Les 9 autres enfants avaient un quotient normal et deux d'entre eux étaient surdoués au point de vue intellectuel. Il est bon de signaler que ces 9 enfants sont précisément ceux dont les antécédents personnels, héréditaires et collatéraux sont les moins lourdement chargés : ce qui revient à dire que l'appréciation du niveau intellectuel des épileptiques est peut-être à faire, moins en fonction de la comitialité elle-même qu'en fonction des faits pathologiques hérités ou acquis.

Le retard intellectuel constaté chez les épileptiques s'accompagne aussi souvent de *retards moteurs* et plus particulièrement des différents *troubles du langage* (bégaiement, chuintement, zézaïement, etc.) : sur 43 épileptiques, 23 (soit 53,4 %) présentaient des troubles du langage plus ou moins accentués.

II. — ETUDE DES ANTECEDENTS HEREDITAIRES DE 43 ENFANTS EPILEPTIQUES

A la vérité, cette étude ne porte que sur 42 cas, car pour un enfant les antécédents héréditaires ne nous sont pas connus.

Par ailleurs, dans 2 cas (soit dans 4,7 %), nous n'avons trouvé aucun antécédent pathologique notable. Dans un de ces cas, que nous avons déjà signalé, il n'existait aucun antécédent personnel, ni héréditaire, ni collatéral susceptible d'expliquer l'épilepsie; dans l'autre cas, nous avons la notion d'un accouchement long, d'injections d'ocytociques, d'une rougeole, d'une coqueluche, d'une sous-alimentation marquée pendant les deux premières années, donc d'un ensemble de faits qui peuvent nous permettre de comprendre la comitialité.

Il est intéressant, au début de ce chapitre, d'analyser les antécédents héréditaires des enfants qui n'ont présenté aucun fait personnel pathologique dans leur passé. Nous en avons 5 cas :

Première observation. — Jacques L...

Aucun antécédent héréditaire, ni collatéral.

Deuxième observation. — Jean R...

Grand-père paternel : mort d'ictus apoplectique.

Grand-mère paternelle : éthylique.

Troisième observation. — Pierre C...

Père : éthylique.

Grand-père paternel : cardiopathie.

Oncle paternel : tuberculeux.

Mère : cardiopathie, tuberculeuse.

Grand-père maternel : mort de congestion pulmonaire.

Quatrième observation. — Lucien G...

Père : éthylique.

Grand-père paternel : mort tuberculeux.

Tante paternelle : tuberculeuse.

Cinquième observation. — Jeannine H...

Père : éthylique, mort après ictus apoplectique.

Grand-père paternel : éthylique.

Tante maternelle : hémiplégique.

Grand-mère maternelle : ulcère d'estomac.

Mère : hépatique.

La simple lecture de ces observations met en valeur la fréquence des trois hérédités morbides principales que nous avons trouvées dans l'épilepsie : l'alcoolisme, la tuberculose et l'hérédité névropathique. Il s'y ajoute un quatrième fait, également fréquent, qui est la vésanie.

1° Plus que dans toute autre anomalie neuropsychique, l'ALCOOLISME des ascendants se rencontre dans l'épilepsie. Sur 42 enfants épileptiques dont nous connaissons les hérédités, 26 (soit une proportion de 60,4 %) ont des antécédents alcooliques. Ces chiffres donnent la mesure d'un fait dont nul neurologue ou psychiatre n'a sous-estimé l'influence. Tous les médecins qui ont étudié l'épilepsie savent la fréquence et l'importance de l'hérédoolcoolisme dans la détermination de cette névropathie. Certains pourront émettre des doutes sur l'importance des chiffres que nous avons trouvés : rappelons que se fondant sur les statistiques de LEGRAIN, BOURNEVILLE, MAGNAN, etc., le Docteur APERT concluait que plus des deux tiers des

cas d'épilepsie essentielle relèvent de l'hérédoalcoolisme. MARCHAND, lui, écrit : « Environ 9 % des épileptiques doivent leur maladie uniquement à l'intoxication alcoolique des parents; mais en réalité un plus grand nombre sont devenus épileptiques sous l'influence de facteurs extérieurs parce que, descendants d'alcooliques, ils sont nés en état d'infériorité organique. » Nous reviendrons sur ce point quand nous étudierons dans son ensemble le problème de l'alcoolisme quant à ses retentissements neuropsychiques.

Nous ne tenterons pas de trancher la question de l'importance respective, quant à l'épilepsie, de l'alcoolisme maternel ou de l'alcoolisme paternel. Nous nous contenterons de constater que nous avons trouvé plus souvent l'alcoolisme de la lignée paternelle :

- 10 fois nous avons trouvé l'alcoolisme du père;
- 3 fois l'alcoolisme du père et de la mère;
- 4 fois l'alcoolisme du père et des grands-parents (dans 2 cas il s'agissait des grands-parents paternels et dans 2 cas à la fois des grands-parents paternels et maternels);
- 1 fois l'alcoolisme du père, de la mère et des grands-parents paternels;
- 8 fois d'alcoolisme d'un ou plusieurs grands-parents (3 fois les grands-parents paternels; 2 fois les grands-parents maternels; 3 fois les grands-parents paternels et maternels).

2° L'alcoolisme n'est pas très souvent le seul fait pathologique trouvé dans les antécédents héréditaires des enfants présentant de l'épilepsie; son association avec la vésanie et plus souvent encore avec la tuberculose est fréquente. Comme notre Maître, le Docteur H. DAUSSY, l'a dit souvent et notamment en 1946 dans un rapport sur l'organisation de la protection de la santé mentale dans le Morbihan : « Ce sont en tout premier des dégénérés hérédoalcooliques et des dégénérés hérédotuberculeux qui sont atteints de troubles neuropsychiques de l'enfant. Nous ne saurions pas dire ce qui l'emporte des conséquences de l'alcoolisme ou de la tuberculose dans l'étiolo-

logie des drsordres neuropsychiques. Ce que nous savons bien, c'est l'association fréquente, habituelle des dégénérescences alcoolique et tuberculeuse. » Et dans cette association des deux étiologies, il n'est pas aisé de déterminer la part qui revient à l'une et à l'autre.

Dans l'épilepsie infantile, nous avons trouvé que 9 enfants sur 43 (soit une proportion de 21,4 %) avaient des antécédents héréditaires associés d'alcoolisme et de tuberculose.

3° Mais il est un certain nombre de cas où la TUBERCULOSE apparaît indépendamment de l'alcoolisme en tant qu'hérédité morbide dans l'épilepsie. Nous avons trouvé cette maladie chez les ascendants de 14 enfants épileptiques sur 43 (soit chez 33,3 %).

L'importance de la tuberculose en tant que facteur étiologique de la comitialité avait été soulignée par FÉRÉ qui rapporte ce propos de Joseph FRANK : « Si je voulais avec les autres admettre un tempérament épileptique, ce serait assurément le tempérament scrofuleux et rachitique. » Plus près de nous, LAIGNEL-LAVASTINE signale sa grande fréquence dans les antécédents héréditaires des comitiaux. Et plus récemment encore, COURTOIS recherchant à la consultation spéciale de l'hôpital Henri-Rousselle les cas de tuberculose connue parmi les ascendants, les collatéraux, les enfants et les malades eux-mêmes, a trouvé que sur 100 épileptiques, 53 fois la tuberculose fut retrouvée chez un ou plusieurs membres de la famille.

La même recherche faite dans les familles de nos enfants épileptiques aboutit au chiffre de 47,6 %, c'est-à-dire à un résultat assez peu différent.

Encore nous faut-il remarquer — comme le Docteur TOULOUSE l'avait déjà fait à propos des statistiques de COURTOIS — que ce chiffre est certainement au-dessous de la réalité. En effet, les atteintes tuberculeuses qui nous ont été indiquées ne sont que des formes avérées et il y a lieu de croire que bon nombre de cas nous sont restés inconnus parce que d'évolution torpide.

Mais à eux seuls déjà ces chiffres montrent la fréquence de l'épilepsie sur un terrain tuberculeux. Nous avons d'ailleurs remarqué que ce terrain se traduisait surtout par l'aspect morphologique assez particulier que nous avons coutume d'appeler aspect d'imprégnation bacillaire et qui est caractérisé généralement par de la chétivité, une hypotrophie pondérale contrastant souvent avec une taille normale ou au-dessus de la normale, de la pâleur des téguments souvent marqués de nombreuses éphélides, des décalcifications unguéales et dentaires, des ongles bombés dans les deux sens, des crénelures dentaires, des reflets vénitiens des cheveux, un squelette où prédominent les os longs, une maigreur thoracique contrastant avec un abdomen gros et météorisé avec souvent circulation collatérale, des adénopathies sous-maxillaires et inguinales.

Ce type, fréquent dans le M^{or}bihan, — sans doute à cause de l'importance de la dégénérescence tuberculeuse — nous est apparu comme étant particulièrement répandu chez les enfants mais aussi chez les adultes épileptiques. Cette constatation nous paraît d'ailleurs confirmer le propos de Joseph FRANK rapporté par FÉRÉ et que nous avons cité plus haut.

4° La troisième hérédité morbide par ordre de fréquence est l'HÉRÉDITÉ VÉSANIQUE. Mais elle est assez loin d'être trouvée aussi souvent que l'alcoolisme et la tuberculose : sur 42 enfants épileptiques étudiés, nous en avons trouvé 9 (soit 41,4 %) dont un ou plusieurs ascendants avaient présenté des troubles mentaux. Nous ajouterons à ce chiffre que dans 4 cas (soit 9,5 %) nous avons trouvé des ascendants « nerveux » et dans 2 cas des suicides. Comme toujours, il ne nous a pas été facile de connaître la nature de la maladie mentale en cause. De toute façon, le nombre de cas est trop réduit pour que des conclusions puissent en être déduites. Précisons pourtant que sur ces 9 cas, dans 3 cas il s'agissait d'oligophrénie, dans 3 autres cas de psychose dépressive et dans 1 cas de démence sénile.

De même que dans les antécédents héréditaires vésaniques des enfants retardés intellectuels, l'hérédité psychopathique maternelle apparaît plus fréquente que l'hérédité paternelle chez les enfants épileptiques : 5 fois nous avons trouvé des

psychopathies de la mère, 2 fois des maladies mentales du père et 2 fois des maladies mentales des grands-parents.

5° Plus rares sont les autres faits pathologiques trouvés dans les antécédents héréditaires des enfants épileptiques.

a) Il convient de souligner ici que parmi les 42 enfants épileptiques étudiés, nous n'avons pas une seule fois eu la notion d'une *syphilis* parentale. Dans 2 cas, des particularités physiques (tibias en lame de sabre, dents en tournevis) nous avaient amené à soupçonner une hérédosyphilis; mais les examens humoraux de sang et de liquide céphalorachidien ont été entièrement négatifs.

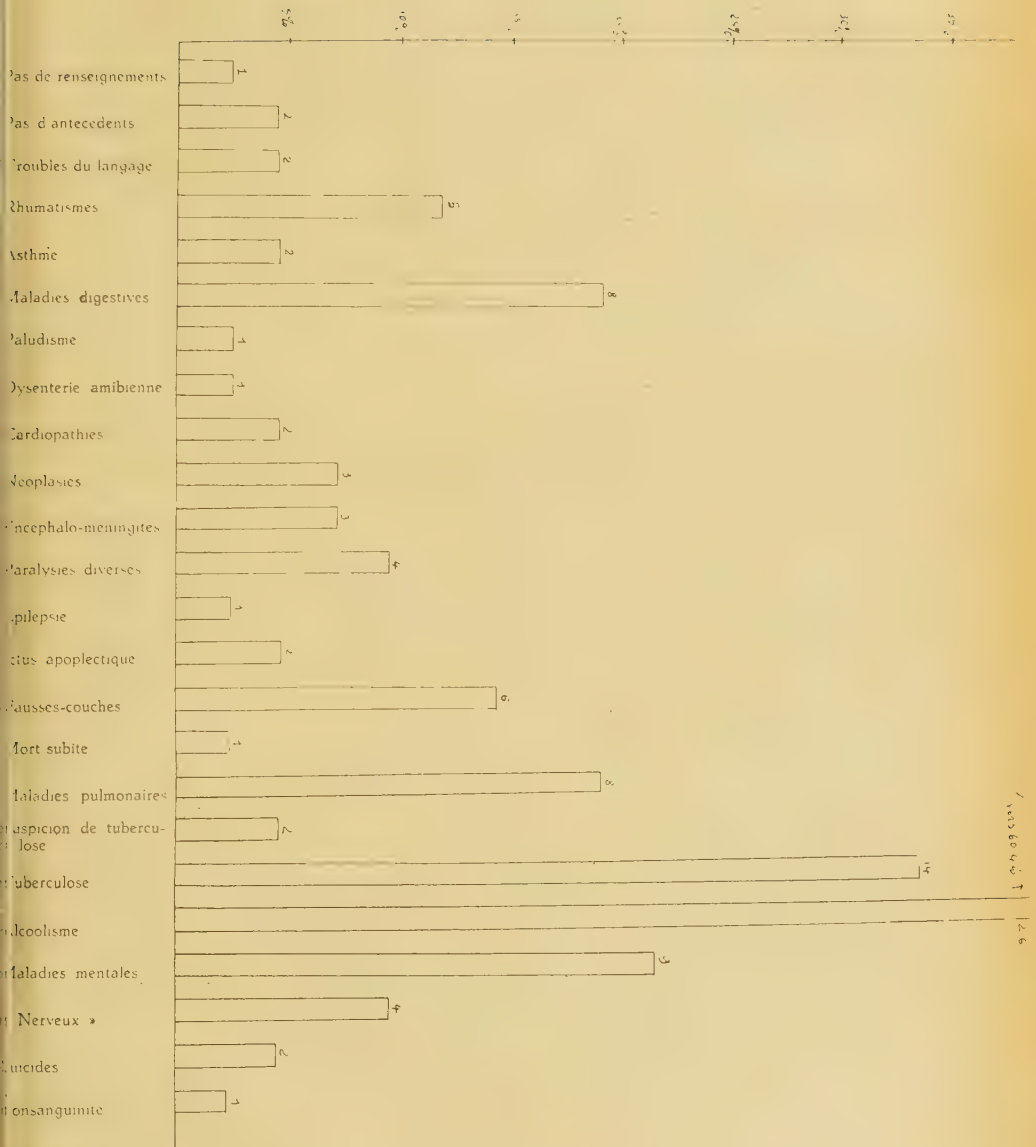
Ce fait peut paraître étonnant car pendant très longtemps on a attribué à la syphilis héréditaire un rôle très important dans la genèse de l'épilepsie. Mais il est bon de se rappeler que le Docteur MARCHAND, sur 241 épileptiques, n'a trouvé que 11 cas de syphilis héréditaire (soit une proportion de 4,5 %). Cette proportion, rapprochée de celle trouvée pour la syphilis acquise (7 %) fait conclure à l'auteur que l'épilepsie n'est pas une cause fréquente d'épilepsie idiopathique. Par ailleurs, il est bon de rappeler que dans le Morbihan la syphilis est une maladie rare, en particulier dans les cantons non côtiers.

b) Comme chez l'adulte l'hérédité *similaire* est rare dans la comitativité de l'enfant. Un seul de nos épileptiques a une mère épileptique (soit 2,3 %).

c) De même nous n'avons trouvé qu'un cas de *consanguinité*; encore n'est-il pas démonstratif puisque dans les antécédents héréditaires de l'enfant on trouve, outre la consanguinité, de l'alcoolisme et de la tuberculose, donc deux faits capables à eux seuls d'expliquer la comitativité.

d) Différentes *maladies du système nerveux* ont été rencontrées dans les antécédents héréditaires des enfants épileptiques. Nous avons relevé :

- 3 fois des méningo-encéphalites (soit 7,1 %);
- 4 fois des hémiplegies;
- 2 fois des ictus apoplectiformes.



Antécédents héréditaires de 43 enfants épileptiques

e) Les maladies pulmonaires, les cardiopathies, les maladies digestives graves ne nous sont pas apparues comme plus fréquentes chez les ascendants des enfants épileptiques que chez les enfants indemnes de comitialité. Nous en avons pourtant donné les chiffres dans nos tableaux.

f) Par contre, nous avons trouvé une certaine fréquence du *rhumatisme articulaire aigu* : il existe chez les ascendants de 5 enfants (soit dans une proportion de 11,9 %).

a) Enfin l'*asthme* n'a été trouvé que 2 fois (soit dans une proportion de 4,7 %).

III. — ETUDE DES ANTECEDENTS COLLATERAUX DE 43 ENFANTS EPILEPTIQUES

Comme toujours cette étude est rendue très incomplète en raison de l'insuffisance des renseignements obtenus; c'est ainsi en particulier que nous ne connaissons pas l'importance de l'hérédité collatérale alcoolique avec suffisamment de précision pour pouvoir donner un chiffre.

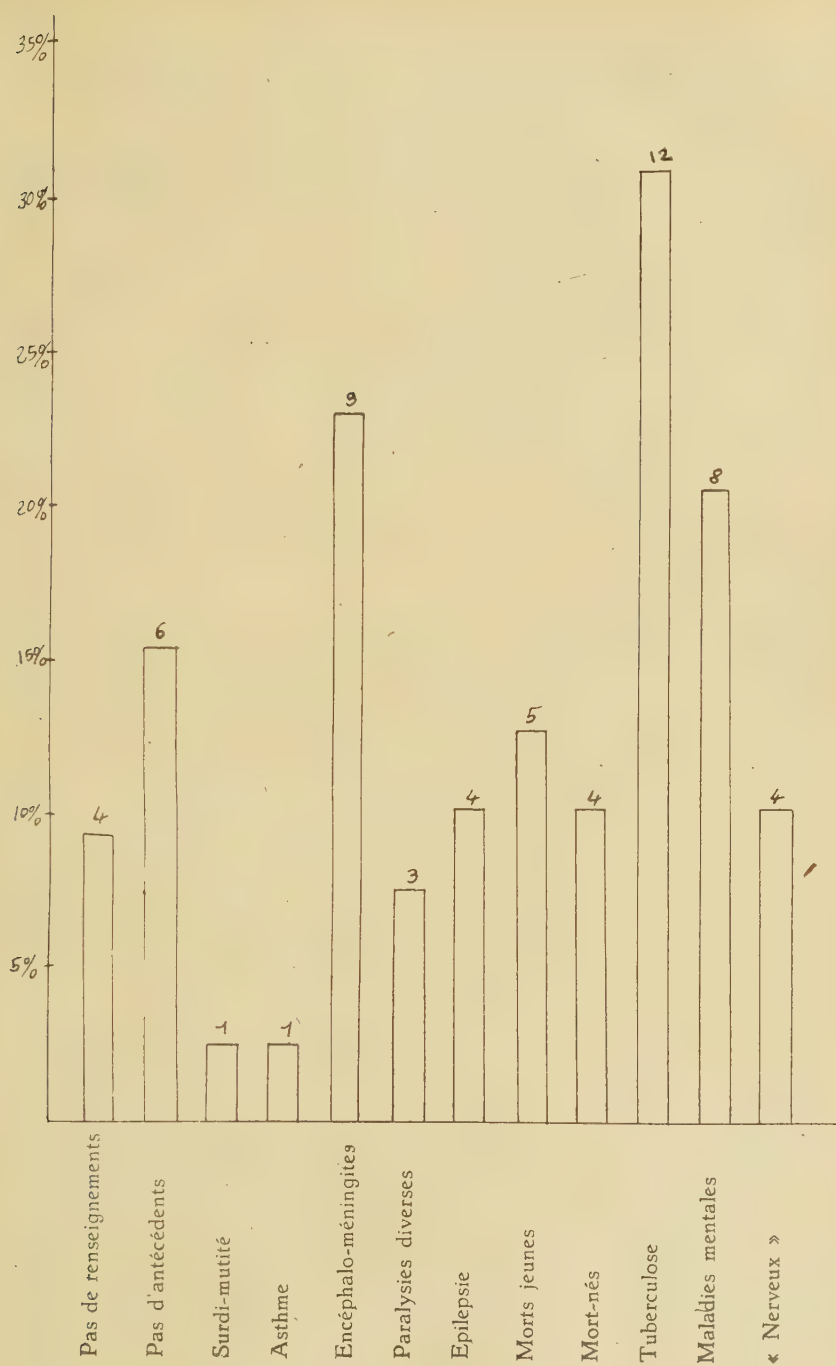
Dans les 39 cas où nous avons obtenu des renseignements, 6 fois (soit dans 15,3 % des cas) nous n'avons pas trouvé d'antécédents pathologiques collatéraux.

Parmi les faits pathologiques connus, certains apparaissent avec une fréquence assez grande. Parmi eux, les *affections neurologiques* ont une importance certaine : c'est ainsi que nous avons trouvé des *manifestations épileptiques* d'un ou de plusieurs collatéraux de 4 enfants (soit 10,2 %). Plus fréquentes encore sont les méningoencéphalites qui ont existé chez les collatéraux de 9 enfants (soit une proportion de 23 %).

Ces chiffres ne sont atteints que par les *antécédents vésaniques et tuberculeux*.

Huit parmi les 39 enfants épileptiques dont nous connaissons les antécédents ont eu un ou plusieurs collatéraux ayant présenté des troubles mentaux qui ont nécessité d'un placement en service spécialisé. 4 autres ont eu des collatéraux

Antécédents collatéraux de 43 enfants épileptiques



« nerveux ». En définitive, 30,7 % des enfants épileptiques ont des antécédents collatéraux vésaniques.

Pour la tuberculose — le plus souvent pulmonaire — le pourcentage est exactement le même (30,7 %), il souligne une fois de plus la fréquence de l'apparition de l'épilepsie sur le terrain tuberculeux.

Antécédents personnels héréditaires et collatéraux de 87 enfants caractériels

Il n'est pas dans nos intentions d'analyser en détail tous les faits pathologiques personnels ou héréditaires capables d'influer sur l'apparition des troubles caractériels de l'enfance. En effet, cette étude a été déjà faite à propos des retards intellectuels et de l'épilepsie. Nous ne ferons qu'énumérer des chiffres, nous réservant d'insister sur les points qui nous paraissent avoir une importance particulière.

I. — ETUDE DES ANTECEDENTS PERSONNELS

1° La première question qui nous retiendra c'est l'influence possible des *causes qui ont pu agir au cours de la vie intra-utérine et au moment de la naissance*. Les faits pathologiques pendant la grossesse et à l'accouchement sont retrouvés dans les antécédents d'un bon nombre d'enfants caractériels.

Notre étude nous a montré que si les traumatismes obstétricaux et les asphyxies à la naissance sont retrouvés aussi souvent ici que chez les épileptiques (mais plus souvent que chez les enfants retardés intellectuels), les perturbations de la

	Antécédents personnels	Antécédents héréditaires	Antécédents collatéraux
Pas de renseignements .	1 soit 1,1 %	4 » 4,5 %	11 soit 12,6 %
Pas d'antécédents	3 » 3,4 %	1 » 1,2 %	14 » 18,4 %
Grossesse difficile	12 » 13,9 %		
Prématurés	9 » 10,4 %		
Accouchement dystoci- que	11 » 12,7 %		
Ocytociques glandulaires	6 » 6,9 %		
Forceps	4 » 4,6 %		
Asphyxie à la naissance.	8 » 9,3 %		
Luxation congénitale de la hanche			
Dystrophies	4 » 4,6 %		2 » 2,6 %
Retard du premier déve- loppement	36 » 41,8 %		
Retard intellectuel	43 » 50 %		5 » 6,5 %
Troubles du langage	34 » 39,5 %	3 » 3,6 %	4 » 5,2 %
Hypoacrisie	5 » 5,8 %		
Maladies éruptives	27 » 31,3 %		
Typhoïde		3 » 3,6 %	
Infections diverses	6 » 6,9 %		
Angines	2 » 2,3 %		
Végétations adénoïdes	3 » 3,4 %		
Maladies digestives	6 » 6,9 %	6 » 7,2 %	
Etats d'anémie et d'épui- sement	1 » 1,1 %	1 » 1,2 %	1 » 1,3 %
Dysenterie amibienne		1 » 1,2 %	1 » 1,3 %
Sous-alimentation	5 » 5,8 %		
Rhumatisme		7 » 8,4 %	
Eczéma	1 » 1,1 %		1 » 1,3 %
Asthme	1 » 1,1 %	4 » 4,8 %	
Néphrite chronique		4 » 4,8 %	
Vers intestinaux	2 » 2,3 %		
Cardiopathies		7 » 8,4 %	
Néoplasies		4 » 4,8 %	
Traumatismes crâniens	4 » 4,6 %	1 » 1,2 %	
Convulsions	7 » 8,1 %		
Epilepsie	10 » 11,6 %	3 » 3,6 %	1 » 1,3 %
Méningoencéphalites	3 » 3,4 %	4 » 4,8 %	8 » 10,5 %
Paralysies diverses	1 » 1,1 %	8 » 9,6 %	4 » 5,2 %
Ictus apoplectiques		5 » 6 %	

	Antécédents personnels		Antécédents héréditaires		Antécédents collatéraux	
Spasmophilie	1	» 1,1 %				
Chorée	1	» 1,1 %			1	» 1,3 %
Tics	2	» 2,3 %				
Nanisme	1	» 1,1 %				
Diabète			2	» 2,4 %		
Morts jeunes					12	» 15,7 %
Mort-nés					6	» 7,8 %
Fausse-couches			10	» 12 %		
Gémellité					1	» 1,3 %
Parents âgés			1	» 1,2 %		
Consanguinité			3	» 3,6 %		
Syphilis			4	» 4,8 %		
Chocs affectifs	35	» 40,6 %				
Maladies pulmonaires	20	» 23,2 %	11	» 13,2 %	5	» 6,3 %
Suspicion de tuberculose	2	» 2,3 %	4	» 4,8 %	1	» 1,3 %
Tuberculose	9	» 10,4 %	24	» 28,9 %	17	» 22,3 %
Alcoolisme			52	» 62,6 %		
Maladies mentales			25	» 30,1 %	16	» 21 %
« Nerveux »			10	» 12 %	2	» 2,6 %
Suicides			3	» 3,6 %	1	» 1,3 %
Enurésiques	29	» 33,7 %				
Collatéraux caractériels					11	» 14,4 %

grossesse et la prématurité nous sont apparues par contre plus fréquentes chez les enfants caractériels. Un court tableau montre d'ailleurs la proportion des cas :

	Caractériels	Retardés intellectuels	Epileptiques
Grossesse perturbée ...	13,9 % des cas	9,2 % des cas	9,3 % des cas
Prématurité	10,4 % »	7,1 % »	6,9 % »
Traumatismes obstétricaux et asphyxie	23,2 % »	17,4 % »	23,2 % »

Chez certains enfants, nous avons trouvé l'association de deux ou de trois de ces faits. En définitive, sur les 86 enfants caractériels pour qui nous avons des renseignements, 33 (soit

la proportion de 38,3 %) ont dans leurs antécédents des particularités pathologiques de la grossesse ou de l'accouchement. Il est à peine besoin de souligner l'importance de ce pourcentage.

Pour les enfants retardés intellectuels, cette proportion est de 34,3 % et chez les enfants épileptiques elle est de 46,5 %.

2° De nombreuses autres maladies ont été retrouvées dans les antécédents des enfants caractériels avec une fréquence sensiblement égale à celle trouvée chez les retardés intellectuels, les épileptiques et — semble-t-il — à celle qui serait trouvée chez des enfants indemnes. Il en est ainsi des fièvres éruptives, des infections diverses, des maladies allergiques, des maladies digestives. Cela est encore vrai pour les traumatismes crâniens et les anémies. En ce qui concerne la sous-alimentation sévère et prolongée dans les premiers mois ou les toutes premières années de la vie, elle a été retrouvée un peu moins souvent chez les caractériels (5,8 % des cas) que chez les enfants retardés intellectuels (7,1 %) et surtout les comitiaux (16,2 % des cas).

L'épilepsie a été relevée à peu près avec la même fréquence que chez les retardés intellectuels (dans 11,6 % des cas).

Par contre, les autres maladies du système nerveux nous sont apparues nettement moins fréquentes chez les enfants caractériels.

	Caractériels	Retardés intellectuels	Epileptiques
Epilepsie	11,6 % des cas	10,9 % des cas	
Chorée	1,1 % »	3,2 % »	
Méningoencéphalites ..	3,4 % »	9,2 % »	13,9 % des cas
Paralysies diverses	1,1 % »	4,9 % »	11,6 % »
Convulsions	8,1 % »	13,1 % »	11,6 % »

Les maladies pulmonaires sont retrouvées à peu près dans la même proportion dans ces trois catégories d'enfants présentant des troubles neuropsychiques.

Quant à la *tuberculose* avérée, elle nous est apparue plus fréquente chez les enfants caractériels (10,4 %) que chez les retardés intellectuels (8,1 %) et les épileptiques (4,6 %).

3° Mais le fait qui différencie nettement les enfants caractériels des enfants retardés intellectuels et des comitiaux, est la très grande fréquence dans leurs antécédents des *chocs affectifs*.

Nous les avons trouvés 35 fois (soit dans 40,6 % des cas). Si les chocs affectifs — soit brutaux et intenses, soit plus atténués mais répétés — sont capables d'engendrer une inhibition intellectuelle (cette action déterminant nous est apparue particulièrement nette chez les reardés scolaires), ils peuvent à un degré plus important encore créer chez l'enfant des troubles caractériels plus ou moins accentués (hyperémotivité, opposition, agressivité, impulsivité, instabilité, perversions, etc.). Le Docteur BARUK a insisté sur « l'influence pour l'avénir mental de l'enfant des causes de dissensions familiales ». Les troubles du caractère résultent de la mauvaise adaptation, de conflits entre le caractère de l'enfant et le milieu où il vit. Etudiant ces conflits, le Docteur CATHALA a récemment écrit : « Ils sont aussi souvent le fait du caractère des parents, des conditions matérielles, morales ou sociales dans lesquelles la famille est obligée de vivre, que du fait que l'enfant appartient à une famille dissociée, ravagée par quelque désastre étranger au petit mais qui retentit douloureusement sur lui. »

Tous les termes de cette citation valent à des degrés divers pour les enfants caractériels du Morbihan que nous avons étudiés.

a) Dans les cantons de Lorient et les cantons voisins, à population dense, la guerre a accumulé les ravages. Cette région a souffert à tel point des bombardements que l'agglomération lorientaise a été en pratique complètement détruite. Depuis la fin des hostilités, la population y a vécu dans des conditions pénibles, souvent misérables; elle s'est entassée dans les baraquements, les baraques, voire les ruines. La promiscuité, les mauvaises conditions d'hygiène, la sous-alimentation ont pris pendant plusieurs années une importance

extrême. Il est compréhensible que ces difficultés et ces misères se soient accompagnées de désordres dans la vie morale et dans la vie familiale. A leur action s'est ajoutée celle sans cesse accrue de l'alcoolisme. Dans l'ordre moral, tout cela s'est traduit par une diminution du sens moral, par une augmentation du nombre des délits divers depuis le vol jusqu'à la prostitution, dans l'ordre familial et social par un accroissement des dissensions et des dissociations familiales. Souvent les enfants ont été soumis dès leur jeune âge à des exemples et même à des incitations qui les ont profondément marqués : des exemples nombreux nous sont connus d'enfants poussés au vol par leurs parents !

Mais sans aller toujours jusqu'au délit, ces enfants présentent souvent des troubles de la conduite et du comportement. Comment ne pas le comprendre dans les cas si fréquents où le milieu familial est le pire qui soit, évoluant sous le signe de la mésentente, du désordre et de la violence !

b) Dans les autres cantons du département, si les conditions sociales liées à la guerre n'ont pas été aussi tragiques que dans la région lorientaise, les causes de chocs affectifs n'en sont pas moins très répandues : ce sont là encore les conflits familiaux, le plus souvent liés à l'alcoolisme des parents, qui sont à l'origine de ces chocs.

L'enfant est capable d'éprouver avec acuité les traumatismes émotionnels alors même qu'il n'est pas suffisamment âgé pour que sa mémoire en garde le souvenir. Mais à mesure de son développement psychique, il perçoit de plus en plus ces traumatismes et y réagit avec plus d'intensité.

Les injustices, les châtiments corporels injustifiés et, souvent trop brutaux et qui sont encore très répandus dans le Morbihan, font vivre l'enfant dans l'inquiétude, dans la crainte exagérée; ils l'inhibent affectivement, créent une contrainte et des rancœurs, développent chez lui des aptitudes anxieuses, quand son caractère ne le pousse pas à réagir avec violence.

Les mésententes conjugales, les discussions et les coups auxquels l'enfant assiste sans les comprendre, ébranlent de façon répétée son affectivité, déterminent des émotions qui

laissent souvent une trace durable : l'enfant se ferme, se replie sur lui-même au lieu de s'épanouir.

La séparation du père et de la mère, les conflits nés à l'occasion d'un second mariage qui donne à l'enfant un beau-père ou une belle mère souvent malhabile ou injuste, privent l'enfant d'une affection dont il a besoin et qu'il recherche. Et c'est là l'occasion de repli sur soi, de jalousies, de colères, d'insoumission.

Les mauvais exemples des parents, leurs vols, leurs mensonges, leur intempérance marquent également profondément le petit : la brusque révélation de fautes ou d'insuffisances détruisent sa confiance dans ceux qu'il aimait et qu'il respectait.

En terminant ce bref rappel des causes affectives capables de déterminer des troubles du caractère, nous dirons combien nous paraît aussi grave dans ses conséquences l'absence de vrai milieu familial. Parmi les 87 enfants caractériels étudiés 18 (soit 20,6 %) ont été abandonnés par les parents et ont été confiés aux services de la Population. Dans les « foyers nourriciers » qui leur ont été donnés, ils ont vécu sans lien affectif véritable avec l'entourage, ne trouvant souvent qu'indifférence, voire hostilité, au lieu de l'affection dont ils avaient, plus que d'autres, besoin.

II. — ETUDE DES ANTECEDENTS HEREDITAIRES

Comme toujours les faits pathologiques les plus fréquents dans les antécédents des enfants caractériels sont l'alcoolisme, la tuberculose et les psychopathies.

Le tableau ci-dessous montre leur importance comparée chez les enfants caractériels, les retardés intellectuels et les enfants épileptiques.

1° Ici encore c'est donc l'*alcoolisme* des ascendants qui est le plus souvent trouvé parmi les faits capables d'expliquer l'apparition des troubles caractériels des enfants. On le trouve même plus souvent que chez les épileptiques et les retardés intellectuels. Mais cette influence de l'hérédité alcoolique est

connue de tous; dans le Morbihan, elle est due à l'importance de l'alcoolisation de la population.

	Caractériels	Retardés intellectuels	Epileptiques
Alcoolisme	62,6 % des cas	54,1 % des cas	60,4 % des cas
Tuberculose	28,9 % »	29,2 % »	33,3 % »
Psychopathies	30,1 % »	19,8 % »	21,4 % »
« Nerveux »	12 % »	5,5 % »	9,5 % »
Suicides	3,6 % »	2,2 % »	4,7 % »

L'alcoolisme du père nous est apparu plus fréquent (47 fois) que l'alcoolisme de la mère (trouvé 14 fois). Mais il y a souvent alcoolisme des deux conjoints et parfois en plus alcoolisme des grands-parents.

C'est ainsi que nous avons trouvé :

- 19 fois l'alcoolisme du père seul;
- 11 fois l'alcoolisme du père et de la mère;
- 14 fois l'alcoolisme du père et des grands-parents;
- 3 fois l'alcoolisme du père, de la mère et des grands-parents;
- 5 fois l'alcoolisme des grands-parents seulement.

Mais ces chiffres ne permettent pas d'apprécier avec certitude l'influence de l'alcoolisme des ascendants sur l'apparition des troubles caractériels, car dans toutes nos observations il lui est associé d'autres faits pathologiques personnels et héréditaires dont l'action est également possible. Dans les antécédents héréditaires, l'association de l'alcoolisme avec les psychopathies et la tuberculose est particulièrement fréquente :

- 11 fois nous avons trouvé alcoolisme et tuberculose;
- 14 fois nous avons trouvé alcoolisme et psychopathies;
- 3 fois nous avons trouvé alcoolisme, tuberculose et psychopathies.

2° Si la *tuberculose* a dans les antécédents héréditaires des enfants caractériels une importance très grande, les chiffres

montrent qu'elle est pourtant moins fréquente que l'hérédité *psychopathique et névropathique*. Nous avons trouvé des psychopathes, des « nerveux », des suicidés, parmi les ascendants de 32 enfants (soit dans une proportion de 38,5 % des cas); nos observations nous ont montré que l'hérédité mentale était plus fréquente chez la mère (24 cas) que chez le père (10 cas). Dans 6 cas, il existait des troubles mentaux à la fois chez le père et chez la mère.

3° Quant à la tuberculose avérée des ascendants, nous l'avons trouvée dans 28,9 % des cas.

4° A ces trois grandes hérédités morbides s'ajoutent encore les maladies du système nerveux que nous avons trouvées souvent dans les antécédents héréditaires des enfants caractériels.

C'est ainsi que nous avons trouvé 3 fois l'épilepsie, 8 fois des hémiplésies ou paraplégies, 4 fois des méningoencéphalites; à ces chiffres, nous ajouterons que nous avons trouvé 5 fois un ou plusieurs ictus apoplectiques parmi les ascendants.

5° L'âge des parents est apparu comme ayant peu d'influence, de même que la consanguinité (3,6 %) et la syphilis (4,8 % des cas).

III. — ETUDE DES ANTECEDENTS COLLATERAUX

Les renseignements obtenus ont été très incomplets, puisque dans plus de 12 % des cas nous n'avons pas de renseignements. Par ailleurs, nous avons relevé 18,4 % d'observations où l'on ne notait aucun fait pathologique notable; mais ce chiffre est certainement trop élevé car des faits importants, l'alcoolisme en particulier, ne nous sont connus que de façon trop imprécise pour que nous ayons pu les retenir.

Il n'est pas sans intérêt de souligner que 14,4 % de nos caractériels ont des frères et sœurs qui présentent eux-mêmes des troubles importants du caractère et du comportement.

Parmi les faits les plus fréquents, outre la tuberculose (22,3 % des cas), nous avons trouvé les maladies mentales (21 % des cas) et les maladies du système nerveux (18,3 %).

TROISIEME PARTIE

Essai d'appréciation dans le Morbihan de l'influence de la tuberculose et de l'alcoolisme dans l'étiologie des psychopathies, de l'épilepsie et des troubles neuropsychiques de l'enfance

LANDOUZY écrivait qu'on entre dans la maladie par trois portes différentes : l'hérédité, l'infection et l'intoxication. Mais l'hérédité n'est que le résultat des infections et intoxications subies par les ascendants.

L'hérédité morbide peut se traduire par l'apparition chez l'enfant de la maladie existant chez les parents (hérédité similaire) ; elle peut être aussi dissemblable. Enfin, elle peut jouer en créant un état de prédisposition et de fragilité, en rendant les descendants plus aptes à la morbidité que des enfants issus de sujets sains ; l'apparition des troubles est alors conditionnée par des causes adjuvantes dont l'absence permettrait sans doute à l'aptitude morbide de ne pas se manifester.

Ce sont ces divers aspects de l'influence de l'hérédité que nous avons voulu étudier chez des adultes et des enfants présentant des troubles psychopathiques, neuropsychiques ou épileptiques.

Nous n'ignorons pas que notre travail est très incomplet en raison de l'insuffisance des renseignements obtenus et de leur relative imprécision ; ceux-ci, en effet, nous ont été donnés

surtout par les familles qui, trop souvent, comme l'a écrit FÉRÉ : « trouvent une sorte de honte à l'hérédité morbide » et qui la taisent ou l'interprètent, au moins pour une part : à ce propos il faut rappeler que l'étude faite des enfants présentant des troubles neuropsychiques a une plus grande valeur que l'étude des adultes, parce que le plus souvent les renseignements donnés ont été contrôlés par une enquête sociale minutieuse. Mais une cause d'erreur autre que celle liée à l'incertitude des renseignements existe : c'est le fait que le plus souvent nous n'avons pas pu obtenir d'autres renseignements que ceux portant sur les parents et les grands-parents, car l'investigation est rendue le plus souvent impossible par l'ignorance des descendants sur leurs ancêtres éloignés.

Quoi qu'il en soit, nous avons pensé que cette étude de l'hérédité morbide, fondée sur la recherche des antécédents personnels, héréditaires et collatéraux, pouvait présenter un intérêt départemental en en précisant un certain nombre de points et qu'elle était, dans une petite mesure, susceptible d'orienter la prophylaxie mentale dans le Morbihan.

Analysant tous les antécédents des adultes psychopathes et épileptiques, et des enfants retardés intellectuels, épileptiques et caractériels, nous avons fait remarquer que plusieurs faits pathologiques prédominaient constamment dans les antécédents :

1° dans les antécédents personnels, notre enquête a montré la fréquence des grossesses pathologiques et des traumatismes obstétricaux, et celle des antécédents neurologiques ;

2° en ce qui concerne les antécédents héréditaires, nous avons insisté à maintes reprises sur la rareté de la syphilis et de la consanguinité dont l'importance a été notée dans d'autres départements.

Par contre, nos chiffres montrent clairement que dans le département du Morbihan trois faits dominant :

1° *l'alcoolisme* qui joue un rôle à la fois par ses conséquences physiologiques et par ses conséquences familiales et sociales ;

2° *la tuberculose*;

3° *les psychopathies*.

Ces faits sont rarement isolés : le plus souvent nous avons trouvé dans les antécédents d'un même malade l'association des trois faits ou de deux d'entre eux. L'association de la tuberculose et de l'alcoolisme est particulièrement fréquente. Comme l'a écrit à différentes reprises notre Maître le Docteur Henry DAUSSY, « Ce sont, en tout premier, des dégénérés hérédoolcooliques et des dégénérés hérédotuberculeux qui sont atteints de troubles neuropsychiques. Nous ne saurions pas dire ce qui l'emporte des conséquences de l'alcoolisme et de la tuberculose dans l'étiologie des désordres neuropsychiques. Ce que nous savons bien, c'est l'association fréquente, habituelle, des dégénérescences alcoolique et tuberculeuse. » Et dans cette association des étiologies alcoolique et tuberculeuse, il n'est pas aisé de déterminer la part qui revient à l'une et à l'autre.

Mais leur importance est telle qu'il nous a semblé bon de terminer l'étude des antécédents des malades neuropsychiques en donnant une vue d'ensemble de l'influence de ces deux faits pathologiques.

La tuberculose

Sa fréquence dans le Morbihan n'est peut-être qu'un élément d'un fait plus général : se fondant sur les chiffres de l'Institut national d'hygiène, le Docteur CUVIER écrivait le 26 février 1951, dans la *Semaine Médicale*, qu'entre 1931 et 1948, si le nombre de nouveaux cas de tuberculose avait diminué en milieu urbain, il avait par contre augmenté en milieu rural.

Nous avons écrit à différentes reprises qu'il existait très souvent chez les malades adultes et enfants un terrain tuberculeux, soit personnel, soit hérité. Pour qui connaît le Morbihan, le fait n'est pas étonnant : la tuberculose, surtout sous sa forme pulmonaire, est très répandue dans le département, et si les cas de tuberculose avérée sont nombreux, beaucoup plus nombreux sans doute sont les cas d'évolution torpide. De plus, alors qu'il apparaît qu'en France — comme dans d'autres pays étrangers — la morbidité tuberculeuse est en régression, sous l'influence des progrès de la prophylaxie sans doute, il ne semble pas qu'il en soit ainsi dans notre région. Certains cantons qui jusqu'à ces dernières années étaient assez peu touchés par la maladie, lui paient actuellement un lourd tribut : c'est le cas par exemple du canton de Le Faouët où le médecin phthisiologue consultant a dépisté au cours des dernières consultations un nombre de tuberculeux élevé et inhabituel.

Avant d'envisager la tuberculose dans ses rapports avec les troubles neuropsychiques de l'adulte et de l'enfant, il nous paraît souhaitable d'essayer de définir les raisons susceptibles

de favoriser l'extension ou au moins la persistance de la morbidité tuberculeuse dans le département.

Nous n'avons certes pas la prétention de vouloir être didactique ni d'émettre une théorie; nous avons uniquement l'intention de donner une opinion personnelle et d'indiquer les éléments qui nous paraissent pouvoir jouer un rôle favorisant dans l'apparition et la contagion de la tuberculose. A notre sens, les causes de l'importance de la maladie tuberculeuse sont nombreuses et nous croyons pouvoir les indiquer ainsi :

1° dégénérescence de la race, en particulier sous l'influence d'une alcoolisation déjà ancienne et toujours plus importante, qui rend les habitants peu aptes à résister à l'infection ou à la contagion;

2° rôle favorisant des mauvaises conditions d'hygiène, en particulier des conditions d'habitat et d'alimentation; difficultés de la prophylaxie antituberculeuse;

3° relations entre la tuberculose humaine et la tuberculose animale, en particulier bovine et aviaire;

4° rôle prédisposant d'une insuffisance en apports calciques, insuffisance liée à la structure même du sol.

Ce sont ces différents points que nous voulons commenter quelque peu.

I. — ROLE DE LA DEGENERESCENCE DE LA RACE

Il nous apparaît clairement que, dans le Morbihan, le problème de la tuberculose est étroitement lié au problème de l'alcoolisme, et nous avons déjà, au cours de cet ouvrage, insisté sur la place capitale occupée par cette dernière intoxication.

Les deux faits sont liés en ce sens que, comme l'a écrit le Docteur PERRIN dans son livre sur « L'Alcoolisme » : « L'alcoolisme favorise l'éclosion de la tuberculose, l'empêche de guérir, en facilite même la dissémination. » Le Docteur PERRIN cite à ce propos les chiffres publiés au Danemark et en

Suède où la diminution de la morbidité et de la mortalité tuberculeuse ont été proportionnelles à la diminution de l'alcoolisme.

En tout cas, il ne fait de doute pour personne que la tuberculose atteint avec prédilection les alcooliques et que chez eux les rechutes sont plus graves et plus fréquentes. « L'alcoolisme, écrit PERRIN, agit en sapant la résistance du terrain par une action directe ou héréditaire, favorisant les réveils de l'infection bacillaire et conditionnant la gravité des poussées évolutives. » Et cela sans doute en premier lieu par des lésions digestives, notamment des atteintes hépatiques sources d'insuffisance et de carences.

De plus, l'alcoolique devenu bacillaire néglige les mesures de prophylaxie et, ce faisant, non seulement il compromet sa propre guérison, mais encore il contribue à diffuser l'infection en particulier dans sa famille, où les enfants, déjà fragilisés héréditairement par l'intoxication parentale, sont une proie toute désignée à l'infection tuberculeuse. Cette insuffisance de la prophylaxie antituberculeuse liée à l'alcoolisme nous paraît jouer un rôle important dans la dissémination de la maladie. Enfin, l'alcoolisme ajoute une autre action : celle de ses conséquences économiques qui engendrent souvent le taudis et la misère capables eux aussi de favoriser la maladie tuberculeuse.

Ce bref aperçu des relations entre l'alcoolisme et la tuberculose, s'il vaut au point de vue général, prend toute sa valeur dans le département du Morbihan où l'alcoolisme prend une importance sans cesse plus grande.

II. — ROLE DES MAUVAISES CONDITIONS D'HYGIENE

En quelques lignes le Docteur CARTON a éclairé cette question : « Pour devenir tuberculeux, il ne suffit pas de rencontrer des bacilles de Koch sur sa route, il faut par-dessus tout avoir subi, soi et souvent ses ascendants, des conditions malsaines d'existence. Il faut avoir de longue date accumulé les violations des lois qui règlent la conduite normale de l'être

humain. Il faut avoir brûlé son organisme avec des aliments intoxicants. Il faut avoir négligé de prendre l'exercice musculaire indispensable. Il faut avoir vécu en taudis ou dans l'insuffisance d'air ou de lumière... »

Tous les auteurs ont d'ailleurs insisté sur le rôle prédisposant des causes sociales : surpeuplement, taudis insalubres, surmenages de toutes sortes, insomnie, sous-alimentation, misère. Une bonne part de la prophylaxie antituberculeuse repose sur la lutte contre ces anomalies.

Dans le Morbihan, il semble dans cet ordre d'idées qu'une des raisons susceptibles de favoriser l'éclosion et la dissémination de la tuberculose est la défectuosité de l'habitat.

Nous avons déjà signalé les ravages de la guerre dans les cantons de Lorient et dans les cantons voisins. Depuis dix ans, dans cette région ouvrière, les habitants ont vécu de façon pénible : famille souvent nombreuse dans des baraquements humides, mal aérés et mal chauffés, non rarement dans des abris désaffectés ou dans des masures faites de débris provenant des démolitions. Aux effets de cet habitat foncièrement mauvais, du surpeuplement, de la promiscuité, des mauvaises conditions d'hygiène en un mot, s'est ajoutée l'action nocive d'une sous-alimentation qui a été sévère pendant plusieurs années et dont les enfants ont particulièrement souffert. L'alcoolisme a aggravé et continue à aggraver ces méfaits.

Dans les autres cantons du département, les habitants n'ont pas souffert de conditions de vie aussi pénibles. Mais nous ne pouvons nous empêcher de penser que l'habitat rural, tel qu'il existe encore actuellement, ne peut que favoriser l'extension de la tuberculose. Nous ne pouvons mieux faire que de citer ce passage d'un livre de Monsieur KUNTZ, directeur des services agricoles du Morbihan : « On ne rencontre plus guère la pièce unique servant à la fois au logement des humains et à celui des animaux. Mais fréquemment encore les bâtiments de la ferme se réduisent à un seul bâtiment, divisé en deux par une cloison. L'une des divisions sert au logement de tout le bétail; la seconde est occupée par le fermier, sa famille et son personnel... La pièce unique réservée à l'habitation sert

à la fois de cuisine, de salle à manger, de chambre à coucher, de laiterie. Le sol y est en terre battue. Les fenêtres sont réduites en nombre et en dimensions. Les portes sont pleines et, en hiver, la lumière ne pénètre que par une fenêtre étroite et basse... »

Et encore ce tableau n'est-il pas aussi sombre que ne l'est, hélas, souvent la réalité ! Combien de maisons ne connaissons-nous pas, même dans les bourgs ou les villages, où les nombreux membres de la famille sont entassés dans la pièce unique, humide et à peine éclairée, dans une promiscuité qui réunit jeunes et vieux, bien portants et malades ; rares sont les villages où existe l'eau courante ; quant à l'installation de l'électricité, elle reste à faire dans des communes entières.

Faisant partie de la maison, dont il est souvent (mais pas toujours) séparé par une mince cloison, est le logement des animaux : « l'hygiène y est le plus souvent déplorable avec les animaux serrés dans des étables non cimentées, trop basses, mal éclairées et très mal aérées... Le fumier s'y accumule parfois pendant plusieurs mois et il n'y est pas rare de voir le trop-plein de fumier s'écouler dans la cour de la ferme »... cette cour de ferme, boueuse, tristement sale avec l'inévitable tas de fumier à quelques mètres devant la maison.

Dans cette population rurale également, les erreurs d'alimentation jouent sans doute un rôle. Le temps n'est pourtant plus où le cidre, le lait caillé, la bouillie de sarrasin, les pommes de terre, le pain de seigle et les galettes constituaient l'alimentation. Actuellement, la nourriture est sans doute plus variée et suffisante en quantité, mais la ration alimentaire reste encore déséquilibrée, avec, en particulier, insuffisance de légumes verts, absence de fruits autres que les pommes, absence de viandes autres que le porc. Or, les recherches des hygiénistes ont montré le rôle des déséquilibres et des erreurs alimentaires. Ils ont souligné l'importance de la carence protidique (se fondant sur une expérience de plusieurs années, les médecins danois avaient même établi un parallélisme entre la carence protidique et le développement de la tuberculose). Ce pourrait d'ailleurs être là une des modalités d'influence de l'alcool qui crée dans certains cas une gastrite et une entérite

qui gênent l'absorption des protides (F. DELBARRE : Alimentation et santé, *Le Médecin Français*, 25 juin 1950). Enfin, puisque nous parlons de l'influence possible de l'alimentation sur l'apparition de la tuberculose, il faut insister sur l'insuffisance des apports minéraux et notamment des apports calciques.

III. — INSUFFISANCE DES APPORTS CALCIQUES

Cette insuffisance est essentiellement liée au fait que les terres du Morbihan dérivent de roches qui se caractérisent par l'absence presque totale de chaux et d'acide phosphorique. « L'analyse des terres, écrit Monsieur KUNTZ, directeur des services agricoles du Morbihan, montre que la chaux est l'élément qui fait le plus défaut et ceci malgré l'emploi déjà ancien des sables coquilliers, de chaux en pierre et de chaux blutée... Outre le calcium, la magnésie semble, d'après les résultats des analyses, manquer dans la plupart des terres du département. »

De ce fait, il résulte que les végétaux qui n'absorbent qu'une petite quantité de carbonates alcalins sont peu riches en calcium. Les habitants reçoivent donc dans l'alimentation, par leur intermédiaire et par le lait des animaux nourris de ces végétaux, une quantité insuffisante de calcium. Et cette insuffisance n'est pas compensée par des apports calciques extra-alimentaires suffisants. Nous ne pouvons nous empêcher de penser que cette carence calcique est susceptible d'avoir une part de responsabilité dans la fréquence de la morbidité tuberculeuse dans le Morbihan.

IV. — TUBERCULOSE HUMAINE ET ANIMALE

a) TUBERCULOSE AVIAIRE.

Elle est très répandue dans le Morbihan, mais il est difficile d'en connaître l'importance. Son influence serait peu grave quant à la tuberculose humaine si le bacille aviaire ne contamine pas l'homme comme il est affirmé à ce jour.

b) TUBERCULOSE BOVINE.

Il est généralement admis qu'il est assez rare que l'être humain devienne tuberculeux par contagé d'un bacille bovin. Cependant, à la dernière conférence de l'Union internationale contre la tuberculose (Copenhague, septembre 1950), certains phtisiologues ont insisté sur l'importance de la transmission par le lait et par ses dérivés de la tuberculose bovine à l'homme, affirmant que les connaissances actuelles sur la virulence de la souche bovine pour l'homme incitent à inscrire cette source d'infection au premier plan du problème de la prophylaxie. D'autre part, le Docteur CUVIER a attiré l'attention sur l'importance possible dans un nombre non négligeable de cas de l'origine bovine de la tuberculose.

Dans un article récent, le Professeur VERGE, de l'Ecole vétérinaire d'Alfort, a étudié ce problème de la transmission de la tuberculose bovine à l'homme par le lait. Il rappelle que chaque année, dans les pays anglo-saxons, les épidémiologistes enregistrent 4.000 nouveaux cas de tuberculose humaine d'origine bovine et que 1.500 à 2.000 personnes succombent à l'infection ainsi déclenchée. ●

Par contre, dit-il, en France, le rôle du bacille bovin dans l'éclosion et dans le développement de la tuberculose humaine semble plus effacé : le bacille bovin ne déterminerait la tuberculose humaine que dans 3,24 % des cas.

Mais il conclut : « Personne n'oserait prétendre à l'heure actuelle que l'ingestion d'un produit bacillifère ne puisse faire éclore l'infection tuberculeuse. Si chez l'homme la tuberculose procède surtout du bacille humain et d'une contamination réalisée le plus souvent par les voies respiratoires, il est certain que l'appareil digestif représente un accès facile pour la pénétration du bacille de Koch dans l'organisme. » D'après tous les auteurs, le bacille bovin se révèle surtout pathogène chez les enfants de moins de cinq ans.

A côté de ce contagé par voie digestive qui se fait surtout par l'intermédiaire du lait bacillifère, il existe une possibilité de contamination cutanée par manipulation de viande tuberculeuse. Nous en connaissons un exemple récent : il y a un

an, un surveillant de l'abattoir de Vannes, après avoir dépouillé un bœuf tuberculeux, a présenté au bras une tumeur qui fut enlevée; les examens pratiqués ont bien mis en évidence la nature tuberculeuse de cette tumeur.

Il est intéressant de noter que, dans le département du Morbihan, la tuberculose bovine est, comme la tuberculose humaine, très répandue. Les statistiques vont dans ce sens mais ne correspondent pas exactement à la vérité, parce que d'une part de nombreux cas échappent au contrôle bien fait et que, d'autre part, des cas également nombreux sont l'objet d'un contrôle insuffisant. Cependant, il est certain que cette tuberculose bovine est importante : des docteurs vétérinaires du département nous ont déclaré que si, en France, la tuberculose frappe environ 20 % du cheptel, elle est trouvée dans le Morbihan chez 30 % des bovins. Elle reste très importante malgré les dépistages plus nombreux et plus précoces, et malgré les mesures prophylactiques : on a en particulier supprimé dans certaines exploitations toutes les bêtes malades; on a même essayé de remplacer certaines races qui paraissaient particulièrement sensibles à la maladie par d'autres races qu'on pensait plus résistantes. Malgré toutes les mesures prises, la tuberculose continue à toucher une bonne partie des bovins. Plusieurs causes peuvent expliquer cette fréquence de la tuberculose bovine :

α) Les vétérinaires incriminent en premier lieu les conditions d'habitat du bétail qui — nous l'avons dit — sont généralement défectueuses et favorisent au plus haut point la contagion.

β) Une autre raison est qu'on introduit dans le département des races fragiles, « pas assez rustiques », disent les vétérinaires. Ces races ne résistent pas à la maladie.

γ) Certains vétérinaires invoquent aussi la contagion possible d'homme à bête. Envisageant dès 1935 cette hypothèse, le laboratoire national de recherches d'Alfort l'avait d'abord déclarée insoutenable : « La tuberculose du type humain n'a jamais été montrée comme transmissible aux bovins et c'est justement un des caractères distinctifs entre le bacille humain

et le bacille bovin. On pourrait concevoir que le bacille bovin qui, lui, peut infecter l'homme, reviendrait ensuite aux bovins par l'intermédiaire de ce dernier; mais cette transmission ne peut se réaliser que dans des conditions tout à fait exceptionnelles. » Soulignons que cette dernière possibilité est maintenant acceptée et qu'il est bien admis que l'homme contaminé par le bacille bovin peut contaminer les animaux (VERGE, GARET, etc.).

Par ailleurs, quelque temps après l'article d'Alfort dont nous avons donné ci-dessus des extraits, le directeur de l'Ecole vétérinaire d'Alfort a précisé qu'il était pas insoutenable que la tuberculose à bacille humain puisse être contractée par les bovins. Cette idée est maintenant acceptée par des vétérinaires qui se fondent en particulier sur cette observation que lorsque dans une ferme un être humain est tuberculeux, il est à peu près constant qu'il y ait de nombreux cas de tuberculose parmi les bovins.

δ) Une cause favorisante de la tuberculose bovine est peut-être le fait que dans ce département l'animal est, comme l'homme, soumis à un régime alimentaire hypocalcique.

ε) Enfin, une condition assez particulière au Morbihan est qu'on fait de façon habituelle travailler durement les vaches; celles-ci sont ainsi mises en état de moindre résistance vis-à-vis de l'infection tuberculeuse; de plus, si l'on songe que normalement une vache passe son temps au pré à manger, il apparaît que dans notre département les bêtes troublent leur nutrition et leur physiologie chaque jour pendant les six ou sept heures où elles sont employées au travail.

En définitive, on peut affirmer que la tuberculose bovine est très répandue dans le département du Morbihan et qu'elle peut être contractée par l'homme : elle est sans doute une cause non négligeable de l'importance de la tuberculose humaine.

Ces quatre faits que nous avons rapidement exposés nous paraissent pouvoir, à des titres divers, expliquer la fréquence de la morbidité tuberculeuse dans le Morbihan. Il en résulte

que la prophylaxie antituberculeuse doit avant tout s'orienter dans ce sens :

Lutte contre l'alcoolisme, amélioration des conditions d'hygiène et notamment de l'habitat et de l'alimentation; lutte simultanée contre la tuberculose animale. Nous y ajouterons la nécessité d'une propagande éducatrice sur la valeur des mesures d'hygiène dans les milieux tuberculeux, la nécessité aussi de multiplier les efforts en vue d'un dépistage plus étendu de la maladie et d'étendre autant que possible la vaccination par le B.C.G.

Il est normal, étant donné ce que nous avons dit de la fréquence de la tuberculose dans le Morbihan, que nous ayons souvent trouvé cette maladie dans les antécédents de nos malades. Son influence dans l'étiologie des troubles neuropsychiques a été souvent dite. Nous croyons que, dans ce département, elle joue un rôle particulièrement néfaste à ce point de vue.

Le tableau suivant résume sa fréquence chez les différents malades que nous avons étudiés :

	Antécédents personnels	Antécédents héréditaires	Antécédents collatéraux
430 fem. psychopathes .	9,3 %	17,6 %	14 %
44 fem. épileptiques .	22,5 %	22,5 %	27 %
188 enf. retardés intel- lectuels	8,1 %	29,2 %	22,5 %
43 enf. épileptiques .	4,6 %	33,3 %	30,7 %
87 enf. caractériels . .	19,4 %	28,9 %	22,3 %
39 enf. présentant des malad. neurologiques	5,1 %	35,8 %	25,8 %

I. — TUBERCULOSE ET TROUBLES MENTAUX

Depuis plusieurs années on a cherché à préciser le rôle que la tuberculose pouvait jouer dans l'étiologie des maladies mentales et notamment dans la démence précoce. Le Docteur PRIVAT DE FORTUNIE écrit que « la tuberculose peut frapper

électivement le système nerveux en déterminant soit des lésions infectieuses, soit des lésions irritatives par fixation des toxines circulantes. Elle peut agir aussi sur le système nerveux végétatif et sur les glandes endocrines associées fonctionnellement au système sympathique; ces dyscrinies peuvent à leur tour contribuer à l'apparition des troubles mentaux ».

Nous avons certes rencontré des psychopathes dans le Morbihan dont les troubles paraissent en relation directe avec une évolution tuberculeuse. L'aspect le plus fréquent alors est la confusion mentale avec onirisme, mais ces cas sont assez rares ou du moins la relation de cause à effet n'est pas toujours aisée à mettre en évidence, car il existe souvent chez ces malades d'autres faits personnels ou hérités susceptibles d'expliquer l'apparition de la maladie mentale. Par contre nous avons, comme d'autres auteurs, trouvé des antécédents personnels tuberculeux chez nos malades.

Le tableau qui précède en indique le pourcentage; comme nous le dirons ultérieurement, ce pourcentage varie de façon importante suivant la nature de la maladie mentale.

Etant donné la fréquence de la tuberculose dans le département du Morbihan, on aurait pu penser que les chiffres que nous avons trouvés d'antécédents personnels tuberculeux auraient été beaucoup plus élevés.

C'est que le problème des relations entre la tuberculose et les troubles mentaux ne peut absolument pas être résolu sur la seule existence des antécédents bacillaires avérés, car si rien n'est plus répandu que la pandémie tuberculeuse, la tuberculose maladie est relativement rare. Dans ce département, il existe une quantité importante de formes torpides de tuberculose ou mieux, pour reprendre le terme de JACQUELIN qui les a étudiées, de tuberculoses atypiques.

Cette étude de l'imprégnation tuberculeuse comme facteur étiologique de psychopathies a été particulièrement bien exposée par le Docteur HYVERT qui attribue la tuberculose atypique comme cause à la majorité des psychoses de cause somatique inconnue. Pour HYVERT, la tuberculose atypique est alors la cause de la psychose, dont la nature dépend de l'âge du sujet,

de son état constitutionnel, de ses antécédents, de son instruction, de son milieu, de son éducation, de ses conditions de vie, etc.

Le Docteur HYVERT s'appuie sur des arguments nombreux et solides pour soutenir cette étiologie tuberculeuse de nombreuses psychopathies : fréquence des antécédents bacillaires chez les malades mentaux, balancement psychomatique, courbe de température, épreuves biologiques (sédimentation, test tuberculinique de Jacquelin, granulodiagnostic de Benda) arguments thérapeutiques, arguments anatomiques.

Pour nous qui sommes assurés en ce qui concerne le Morbihan de la fréquence de l'imprégnation tuberculeuse, nous n'avons pas pu nous appuyer sur les arguments biologiques et anatomiques. Par contre, nous avons constaté toute la valeur des autres arguments cités par le Docteur HYVERT.

a) LES ANTÉCÉDENTS BACILLAIRES.

Les évolutions tuberculeuses avérées, vérifiées par les examens cliniques, radiologiques et bacilloscopiques, existent avec une certaine fréquence dans les antécédents personnels des malades mentaux que nous avons étudiés; il s'agit le plus souvent de localisations pulmonaires, moins souvent pleurales, rarement osseuses. Ces évolutions tuberculeuses avérées sont beaucoup plus nombreuses encore dans les antécédents héréditaires et collatéraux. Comme nous l'avons dit, leur nombre n'est pourtant pas exceptionnellement élevé. Par contre, nous avons été frappés par la grande fréquence d'un aspect morphologique trouvé chez nos malades et que nous avons coutume d'appeler aspect d'imprégnation bacillaire; il est caractérisé par un ensemble d'éléments dont voici les principaux : chétivité, hypotrophie pondérale, contrastant avec une taille normale ou au-dessus de la normale, maigreur thoracique contrastant avec un abdomen gros et météorisé, membres grêles et faiblement musclés, os longs, articulations grosses, adénopathies multiples, pâleur de la peau qui présente souvent des éphélides, décalcifications unguéales et dentaires, hippocratisme digital, cheveux à reflets vénitiens. Cet aspect est très souvent

trouvé chez les malades du Morbihan présentant des troubles neuropsychiques et plus particulièrement chez les déments précoces, les enfants épileptiques et les enfants retardés intellectuels. Mais de façon plus générale, on peut dire que c'est un type morphologique très répandu dans la population morbihannaise et nous pensons qu'il est lié étroitement à l'imprégnation ou à la dégénérescence tuberculeuse.

b) LE BALANCEMENT PSYCHOSOMATIQUE.

Il consiste dans la disparition des troubles mentaux au moment où se produit une localisation tuberculeuse viscérale et réciproquement dans la réapparition des troubles mentaux au moment du déclin des manifestations tuberculeuses ou pendant leurs rémissions. C'est à de nombreuses reprises que nous avons constaté ce fait clinique. Il nous est apparu comme particulièrement net chez les déments précoces dont la maladie évoluait depuis de nombreuses années; chez eux nous avons constaté une grande atténuation, parfois une disparition complète des symptômes mentaux lors de poussées évolutives tuberculeuses, plus souvent encore quand cette poussée était terminale.

c) COURBE DE TEMPÉRATURE.

Un autre fait qu'il nous a été donné d'observer souvent chez nos malades est l'existence d'une subfébrilité prolongée pendant plusieurs semaines ou plusieurs mois et accompagnant le début de la psychose. Il existe alors une fièvre hectique avec température sensiblement normale le matin et subfébrilité à 37°8 ou 38° le soir. Cette température s'accompagne généralement d'une altération de l'état général, de faiblesse, d'anorexie, de pâleur, d'accélération du pouls, de poussées thermiques au moindre effort. Ce fait, que le Docteur HYVERT a également signalé, s'accompagne, selon cet auteur, de modifications de la formule sanguine identiques à celles qu'on observe au cours de certaines poussées bacillaires évolutives.

d) ARGUMENTS THÉRAPEUTIQUES.

Nous avons employé certaines thérapeutiques qui furent jadis utilisées dans les formes avérées de tuberculose, dans des psychopathies qui nous paraissaient liées à des états d'imprégnation tuberculeuse. C'est ainsi que dans certains états dépressifs et anxieux, dans des états de confusion onirique, dans certains cas de démence précoce, où la maladie survenait chez des personnes qui présentaient souvent l'habitus bacillaire dont nous avons parlé, nous avons obtenu des améliorations importantes et souvent des guérisons qui se maintiennent plusieurs années après le traitement par l'emploi des sels d'or.

Le plus souvent, il a suffi de la chrysothérapie complétée d'une thérapeutique générale d'appoint avec calcium, vitamine A, C et D, médication antianémique, pour arriver au résultat, sans qu'il y ait eu nécessité de recourir à des traitements plus spécialisés, tels que l'électro-choc, le choc cardiazolique ou la cure de comas insuliniques. Le Docteur HYVERT a obtenu le même résultat et a pu écrire : « ... Il est permis d'affirmer que la chrysothérapie constitue le meilleur moyen d'attaque de la tuberculose atypique des psychoses. »

Cette méthode thérapeutique entraîne non seulement une amélioration de l'état mental, mais encore plus une amélioration physique avec reprise importante de poids, disparition de la subfébrilité, coloration des téguments. Le Docteur HYVERT ajoute qu'elle entraîne en même temps une modification des réactions biologiques dans le sens d'une amélioration : mais nous n'avons pas vérifié ce dernier fait.

En nous étendant un peu longuement sur le problème des tuberculoses atypiques, nous nous sommes un peu écartés de notre sujet qui était l'étude des antécédents tuberculeux des malades mentaux. C'est qu'il ne nous paraissait pas possible d'envisager les rapports entre tuberculose et psychopathies sans souligner combien est fréquente l'imprégnation tuberculeuse dans le département du Morbihan..

En ce qui concerne les antécédents tuberculeux avérés chez les malades mentaux, leur fréquence est très variable suivant la nature de la psychopathie. Le tableau suivant indique les

chiffres que nous avons trouvés, étant bien entendu que nous n'avons retenu que les cas de tuberculose absolument indiscutables :

	Antécédents personnels	Antécédents héréditaires	Antécédents collatéraux
Etats dépressifs	10 %	12,5 %	11,3 %
Démence précoce	28 %	31,5 %	22 %
Psychoses délirantes	8,4 %	8,4 %	10,8 %
Confusion mentale	8,3 %	18,9 %	21,6 %
Débilité mentale	5,7 %	14,2 %	11,4 %
Psychose de la sénilité	4,1 %	16,6 %	0

Ce tableau montre clairement que c'est chez les déments précoces qu'on trouve avec la plus grande fréquence un terrain tuberculeux; rappelons que c'est chez ces malades que nous avons trouvé le plus souvent l'aspect d'imprégnation bacillaire dont nous avons indiqué les éléments constitutifs. Mme MINKOWSKA avait d'ailleurs affirmé que « le schizophrénique a le même habitus asthénique que le tuberculeux ».

Notre étude a donc donné des résultats qui vont dans le sens de ceux trouvés par les nombreux observateurs qui ont été frappés par la fréquence de la tuberculose chez les déments précoces, qu'elle survienne avant le début de la maladie mentale, au cours de son évolution ou comme son mode de terminaison. Précisons à ce sujet que les chiffres indiqués ci-dessus ne concernent que les évolutions tuberculeuses survenues avant le début apparent des troubles mentaux.

Par contre, nous n'avons trouvé qu'assez rarement des évolutions tuberculeuses avérées dans les antécédents de psychopathes dont la maladie se présentait comme une confusion mentale. Il en est de même dans la débilité mentale : dans ce dernier cas, une des explications possibles est la précocité de l'internement qui ne laisse pas le temps aux malades de faire une évolution tuberculeuse avant l'internement.

Mais chez ces malades il est également fréquent, quoique moins que chez les déments précoces, de trouver un aspect physique d'imprégnation tuberculeuse.

II. — TUBERCULOSE ET EPILEPSIE

	Antécédents personnels	Antécédents héréditaires	Antécédents collatéraux
Adultes	22,5 %	22,5 %	27 %
Enfants	4,6 %	33,3 %	30,7 %

En ce qui concerne les antécédents personnels, le faible pourcentage d'antécédents tuberculeux chez les enfants est dû au fait que les enfants épileptiques que nous avons étudiés sont généralement jeunes.

Le pourcentage d'antécédents héréditaires et collatéraux tuberculeux chez les enfants est sensiblement plus élevé que celui des adultes : cela tient sans doute au fait que la recherche des hérédités morbides est plus facile à faire chez les premiers, plus complète aussi en raison des importants renseignements fournis par les services médico-sociaux.

Le tableau ci-dessus montre avec quelle fréquence l'épilepsie survient sur un terrain tuberculeux. Ici la notion de tuberculose atypique prend toute son importance car il est très manifeste, en particulier chez les enfants épileptiques, que les malades présentent souvent un habitus bacillaire. Le Docteur TOULOUSE indiquait également la fréquence de l'évolution de l'épilepsie sur un terrain tuberculeux et de sa coexistence avec la tuberculose chez le malade lui-même. Chez les épileptiques de la consultation spéciale de l'hôpital Henri-Rousselle, le Docteur A. COURTOIS a recherché les cas de tuberculose connue parmi les ascendants, les collatéraux, les enfants ou les malades eux-mêmes : il trouva la tuberculose d'un ou plusieurs membres de la famille de 53 % des malades.

En effectuant la même recherche chez 83 épileptiques adultes et enfants, nous avons trouvé 50 fois la tuberculose, soit une proportion de 60 %. L'écart entre notre pourcentage et celui du Docteur COURTOIS tient sans doute au fait de la fréquence de la tuberculose dans le Morbihan, fréquence qui est peut-être relativement plus grande qu'à Paris.

III. — TUBERCULOSE ET RETARD INTELLECTUEL DE L'ENFANCE

Rappelons les chiffres d'antécédents tuberculeux avérés que nous avons trouvés chez 188 enfants présentant des retards intellectuels :

— antécédents personnels	8,1 %
— antécédents héréditaires	29,2 %
— antécédents collatéraux	22,5 %

a) Les enfants étudiés étant pour la plupart des enfants âgés de moins de douze ans, il n'y a pas lieu d'être étonné par le faible pourcentage d'antécédents personnels tuberculeux avérés trouvés. Par contre, il convient d'insister à nouveau ici sur la fréquence des états d'imprégnation tuberculeuse chez les enfants retardés : nombreux sont ceux qui sont maigres, anémiés, fatigués. Et c'est chez eux que la thérapeutique prend toute sa valeur; de même que nous avons obtenu des améliorations importantes chez des psychopathes imprégnés bacillaires, de même dans de très nombreux cas nous avons observé des améliorations importantes du quotient intellectuel, corrélativement à l'amélioration de l'état général. Et nous pensons que dans certaines limites d'âge et de quotient, il existe une proportionnalité entre les progrès intellectuels et l'amélioration physique.

b) Le tableau ci-dessus montre que la tuberculose se rencontre fréquemment chez les ascendants et collatéraux des enfants arriérés. Le Professeur VERMEYLEN, étudiant 800 enfants anormaux à des titres divers, l'avait trouvée dans 40,2 % des cas.

Notre étude des antécédents des enfants retardés intellectuels nous a montré que le retard intellectuel est le plus souvent faible (quotient supérieur à 70 %) quand la tuberculose est le seul fait morbide existant dans les antécédents héréditaires et collatéraux. Il nous est apparu que ce sont les autres faits pathologiques associés, notamment l'alcoolisme des ascendants et l'hérédité vésanique, qui aggravent le degré du retard intel-

lectuel. C'est ainsi qu'en analysant très brièvement les antécédents héréditaires et collatéraux de 60 enfants dont le quotient intellectuel est inférieur à 50 %, nous avons enregistré les chiffres suivants :

- tuberculose : 5 fois (dans 2 de cas il y avait d'ailleurs eu traumatisme obstétrical et asphyxie à la naissance, dans les 3 autres cas, on trouvait dans les antécédents héréditaires, 2 fois l'épilepsie et 1 fois un ictus) ;
- tuberculose et alcoolisme : 9 fois (dans 6 cas il y a eu en plus des hérédités neurologiques ou des traumatismes obstétricaux) ;
- alcoolisme : 16 fois (dans 4 cas traumatisme obstétrical) ;
- antécédents vésaniques : 3 fois ;
- alcool et antécédents vésaniques : 11 fois ;
- tuberculose, alcool et antécédents vésaniques : 3 fois ;
- alcoolisme, consanguinité et antécédents vésaniques : 2 fois ;
- syphilis : 1 fois ;
- tuberculose, antécédents vésaniques et parents âgés : 1 fois.

Dans les 9 autres cas, nous n'avons trouvé aucun antécédent héréditaire ou collatéral notable ; mais 7 fois sur 9 nous avons trouvé des accidents obstétricaux. Ce n'est que dans 2 cas sur 60 que nous n'avons trouvé aucun antécédent pathologique personnel, héréditaire ou collatéral capable d'expliquer l'arriération profonde.

Ce bref aperçu permet de constater l'influence des associations morbides dans la détermination de l'idiotie et de l'imbécillité.

A titre indicatif, nous publions le tableau suivant qui peut donner une idée du niveau mental des enfants retardés, dans les antécédents héréditaires de qui on relève, comme seul fait notable une des trois hérédités morbides les plus souvent rencontrées : alcoolisme, tuberculose, hérédité vésanique :

	Tuberculose		Alcoolisme		Hérédité vésanique	
Quotient supér. à 80 %	8	(57,1 %)	1	(11,5 %)	1	(10 %)
Quotient de 70 à 80 %	3	(21,4 %)	5	(19,2 %)	1	(10 %)
Quotient de 60 à 70 %	1	(6,6 %)	2	(7,6 %)	1	(10 %)
Quotient de 50 à 60 %	1	(6,6 %)	7	(26,9 %)	3	(30 %)
Quotient infér. à 50 %	1	(6,6 %)	9	(34,6 %)	4	(40 %)

Bien que de ces chiffres on ne puisse pas tirer de conclusions formelles puisqu'il faudrait tenir compte en particulier des antécédents personnels, ils semblent indiquer que la tuberculose des ascendants détermine un retard intellectuel nettement moins important que l'alcoolisme et surtout que les psychopathies des ascendants.

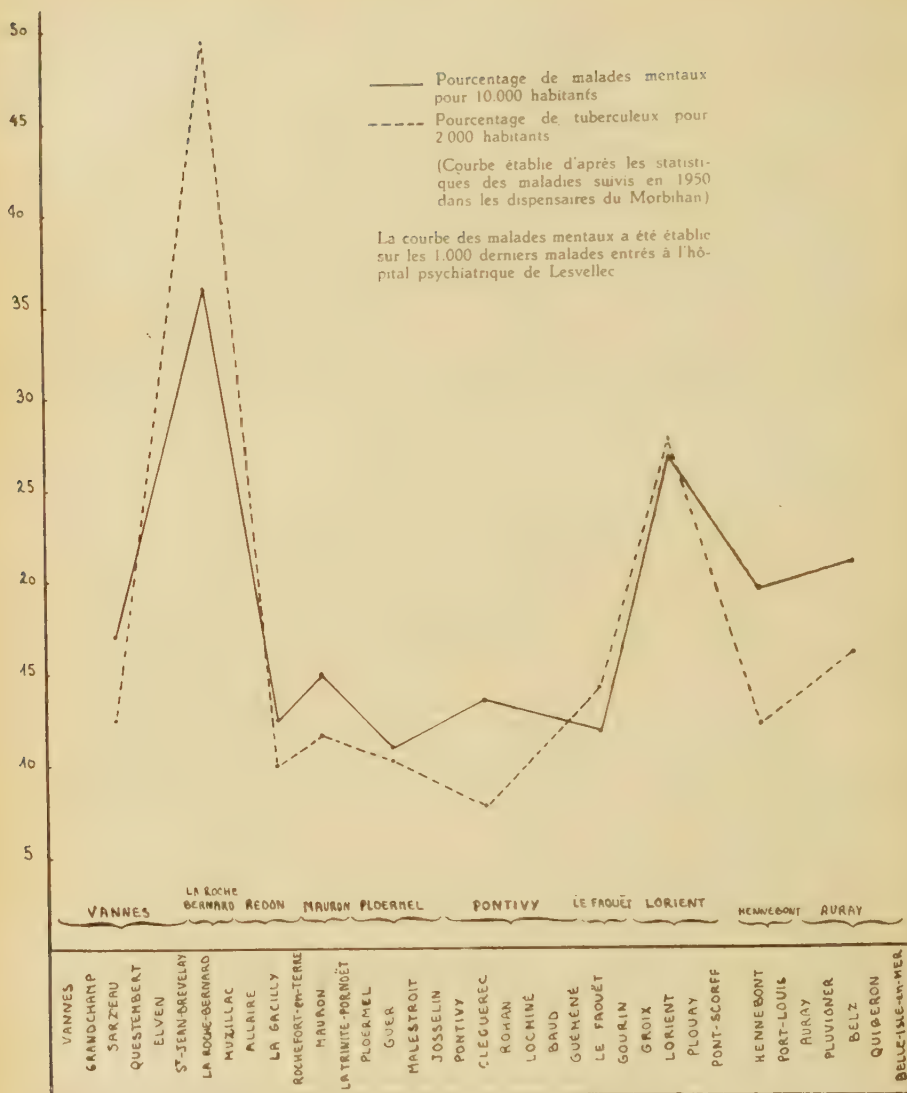
IV. — TUBERCULOSE ET TROUBLES CARACTERIELS DE L'ENFANCE

Nous nous contenterons de rappeler les chiffres que nous avons trouvés en recherchant les antécédents tuberculeux avérés de 87 enfants présentant des troubles caractériels très divers :

- antécédents personnels 10,5 %
- antécédents héréditaires 28,9 %
- antécédents collatéraux 22,3 %

Les chiffres obtenus sont donc assez voisins de ceux trouvés chez les enfants retardés intellectuels.

Le Professeur VERMEYLEN avait remarqué que l'association dans les antécédents héréditaires de la tuberculose avec des troubles psychopathiques ou des toxi-infections semble surtout nécessaire pour produire la déficience intellectuelle (où elle se retrouve selon lui dans 17,9 % des cas), tandis qu'elle semble beaucoup moins nécessaire dans la production des troubles du caractère (où il la retrouve dans 10,5 % des cas). Il estimait de ce fait que la tuberculose parentale, lorsqu'elle agit seule,



COURBES COMPARÉES DE LA RÉPARTITION DANS LE MORBIHAN
 DE LA TUBERCULOSE ET DES TROUBLES MENTAUX

prépare surtout les troubles du caractère et les psychopathies légères de la descendance. Pour notre part, nous n'avons pas retrouvé ce fait aussi nettement puisque les chiffres que nous avons obtenus sont respectivement 23,7 et 21,6 %.

Enfin, contrairement à certains auteurs qui ont trouvé plus souvent la tuberculose maternelle dans les antécédents des malades présentant des troubles neuropsychiques, nous avons trouvé une prédominance de la tuberculose paternelle aussi bien chez les enfants retardés intellectuels que chez les épileptiques et les caractériels.

V. — CONCLUSIONS

La tuberculose avérée a été trouvée fréquemment dans les antécédents personnels, héréditaires et collatéraux des malades présentant des troubles neuropsychiques.

La fréquence du terrain tuberculeux expliqué par les antécédents et par les états d'imprégnation tuberculeuse, est particulièrement grande dans l'épilepsie et chez les déments précoces.

Si le rôle étiologique de la tuberculose est difficile à préciser en raison de son association fréquente dans les antécédents avec d'autres faits pathologiques tels que l'alcoolisme, l'hérédité vésanique, l'hérédité neurologique, il n'en reste pas moins que seule ou associée la tuberculose peut être considérée comme une cause importante de dégénérescence dans le Morbihan; en particulier, son influence dans la détermination des troubles neuropsychiques de l'enfant mérite d'être soulignée et étudiée.

L'alcoolisme

Les études des antécédents des malades du Morbihan nous ont montré que dans l'étiologie des troubles mentaux et de l'épilepsie de l'adulte, de l'épilepsie et des troubles neuropsychiques de l'enfant, le fait le plus important est l'alcoolisme. Si la dégénérescence tuberculeuse et la dégénérescence mentale jouent un rôle qui est loin d'être négligeable, leur importance est beaucoup moins grande que celle de la dégénérescence alcoolique.

Plus qu'en ce qui concerne la tuberculose dont le mode d'action en tant qu'hérédité morbide n'est pas nettement éclairci, les statistiques acquièrent une grande valeur en ce qui concerne l'alcoolisme dont l'action et le mécanisme d'action sont bien connus. C'est pourquoi nous résumerons dans le tableau suivant les pourcentages d'antécédents alcooliques que nous avons trouvés dans les différentes variétés d'anomalies neuropsychiques.

	Antécédents personnels	Antécédents héréditaires
Adultes psychopathes	12,9 %	24,7 %
Adultes épileptiques	7,5 %	42,5 %
Enfants retardés intellectuels . . .		54,1 %
Enfants épileptiques		60,4 %
Enfants caractériels		62,6 %
Enfants présentant des maladies du S.N.C.		38,4 %

Il ne faut pas certes attribuer à ces chiffres une valeur absolue, car il y a lieu de tenir compte dans la détermination des troubles, des associations morbides trouvées dans les antécédents héréditaires et des faits pathologiques trouvés dans les antécédents personnels. Mais si une hérédité morbide est trouvée beaucoup plus souvent isolée que les autres, c'est bien l'intoxication alcoolique. Par ailleurs, dans bon nombre d'anomalies neuropsychiques, elle agit en créant un état de fragilisation, un terrain sur lequel une autre cause fortuite (infection, intoxication, traumatisme, émotion, etc.) joue le rôle de facteur déclenchant; bien souvent on peut, dans ce cas, penser que la maladie ou le trouble ne serait pas apparu si l'alcoolisme n'avait pas joué un rôle prédisposant.

Le tableau précédent indique bien la part considérable qui revient à l'alcoolisme dans la détermination des psychopathies, de l'épilepsie et des troubles neuropsychiques de l'enfance. Nul ne conteste le rôle de l'alcoolisme en tant que facteur de dégénérescence. Tous les psychiatres ont montré les rapports entre les progrès de la consommation d'alcool et les cas d'aliénation mentale, de suicide, de meurtre; tous ont également insisté sur le terrain dégénératif que crée l'alcoolisme des ascendants qui engendre très souvent des troubles neuropsychiques chez les enfants; ce fait a été établi et expliqué à la fois par la clinique et par l'expérimentation, notamment à la lumière des travaux de NICLOUX, de MAIRET et COMBEMALE, etc.

Dans le Morbihan, troisième département français producteur de pommes à cidre, l'alcoolisme revêt des conditions un peu particulières que nous exposerons ultérieurement. Le fait même que nous soyons à la source de l'intoxication explique l'étendue de l'intoxication alcoolique et son rôle au point de vue psychogène dans cette région. Une notion pourtant doit être soulignée : c'est que la quantité d'alcool absorbée nécessaire pour créer l'alcoolisme n'est plus le fait dominant; en raison peut-être des fragilités supplémentaires dues à la fréquence du terrain tuberculeux associé à l'alcoolisme, l'importance de la question des quantités d'alcool ou de cidre ingérées se trouve dominée par celle des tolérances de plus en plus réduites aux boissons alcoolisées, car l'intoxication, en se renou-

velant de génération en génération depuis des dizaines d'années, a augmenté la dégénérescence, les fragilités biopsychiques et la susceptibilité à l'alcool a abaissé en quelque sorte le seuil de l'intoxication chronique.

I. — ALCOOLISME ET TROUBLES MENTAUX

Il faut envisager à ce propos deux questions : l'alcoolisme personnel qui crée la maladie mentale et la dégénérescence d'origine alcoolique qui prédispose à la maladie mentale.

1° Les psychoses d'origine alcoolique sont nombreuses dans le département du Morbihan et on constate depuis des années une proportionnalité entre le nombre des malades entrés à l'hôpital psychiatrique et l'alcoolisme.

Pendant la guerre de 1939-1945, il y eut dans le département une régression du nombre des psychoses qui parut en rapport avec les restrictions en boissons alcoolisées; durant ces années, les mesures légales jointes aux récoltes déficitaires de pommes ont fait diminuer considérablement les internements et la criminalité. Cette situation fit d'ailleurs, en 1944, l'objet de la thèse du Docteur LOISEAU; elle n'était que l'aspect départemental d'un fait qui se vérifiait dans beaucoup d'autres départements français. Depuis la fin des restrictions en boissons alcoolisées, le nombre des psychoses a augmenté régulièrement; actuellement, il est beaucoup plus élevé qu'en 1945, et il est dû essentiellement à l'augmentation du nombre des psychoses d'origine alcoolique.

Les trois courbes qui suivent ont été établies grâce aux statistiques des malades de l'hôpital psychiatrique du Morbihan et aux renseignements cliniques recueillis par ses médecins. Elles sont éloquentes quant à l'incidence de l'alcoolisme sur l'aliénation mentale.

Encore faut-il remarquer que les statistiques établies ne comprennent que les cas d'alcoolisme nettement caractérisés, dans lesquels l'alcoolisme a une part prépondérante; elles ne tiennent compte ni des cas nombreux pour lesquels l'étiologie

n'a pu être établie avec certitude, ni de ceux pour lesquels l'hérédité alcoolique a créé l'arriération mentale ou l'état de dégénérescence.

Elles montrent la nette prédominance des psychoses d'origine alcoolique chez les hommes. Pour l'année 1950, le Docteur SALOMON, médecin-chef du service d'hommes, a relevé que 57 % des malades aliénés mentaux du sexe masculin sont entrés à Lesvellec pour alcoolisme.

Dans les services de femmes, au contraire, 27,5 % des malades ont été internées pour des troubles mentaux dus à un alcoolisme aigu ou chronique. Il n'a pas été tenu compte dans l'établissement de ces chiffres des cas où l'alcoolisme a joué un rôle plus ou moins important d'appoint qui a favorisé l'apparition de la maladie mentale.

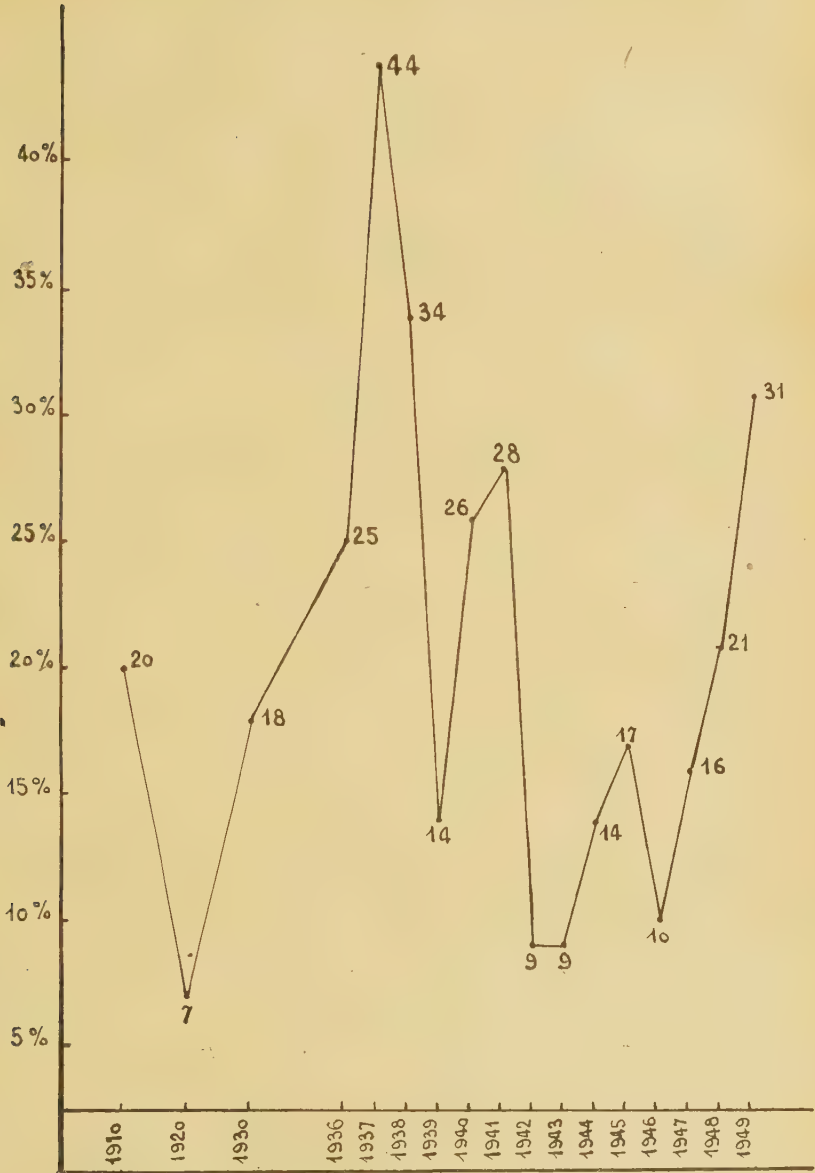
2° Le rôle de l'alcoolisme des ascendants en tant que facteur psychogène n'est pas moins important. Parmi les psychoses dégénératives diverses survenues chez des hérédoalcooliques, nous avons surtout relevé la débilité mentale et les états mélancoliques, moins souvent les états maniaques et les états délirants hallucinatoires. Cette influence dégénérative est aggravée quand la tuberculose ajoute son action à celle de l'alcoolisme. Il semble manifeste qu'en pareil cas les deux faits combinent leur action sans qu'il soit toujours possible de dire lequel des deux joue le rôle le plus important et de déterminer comment leur association s'est faite, c'est-à-dire si l'alcoolisme a préparé le terrain à la tuberculose ou si la tuberculose pré-existante est passée de l'état latent à l'état évolutif sous l'influence de l'alcoolisme.

Envisageant globalement les antécédents héréditaires de 430 adultes femmes psychopathes, nous avons noté l'alcoolisme de un ou de plusieurs des ascendants dans 24,7 %.

Suivant les variétés de psychose, nous avons trouvé :

- débilité mentale : 44,4 % d'antécédents héréditaires alcooliques;
- états dépressifs : 27,9 %;

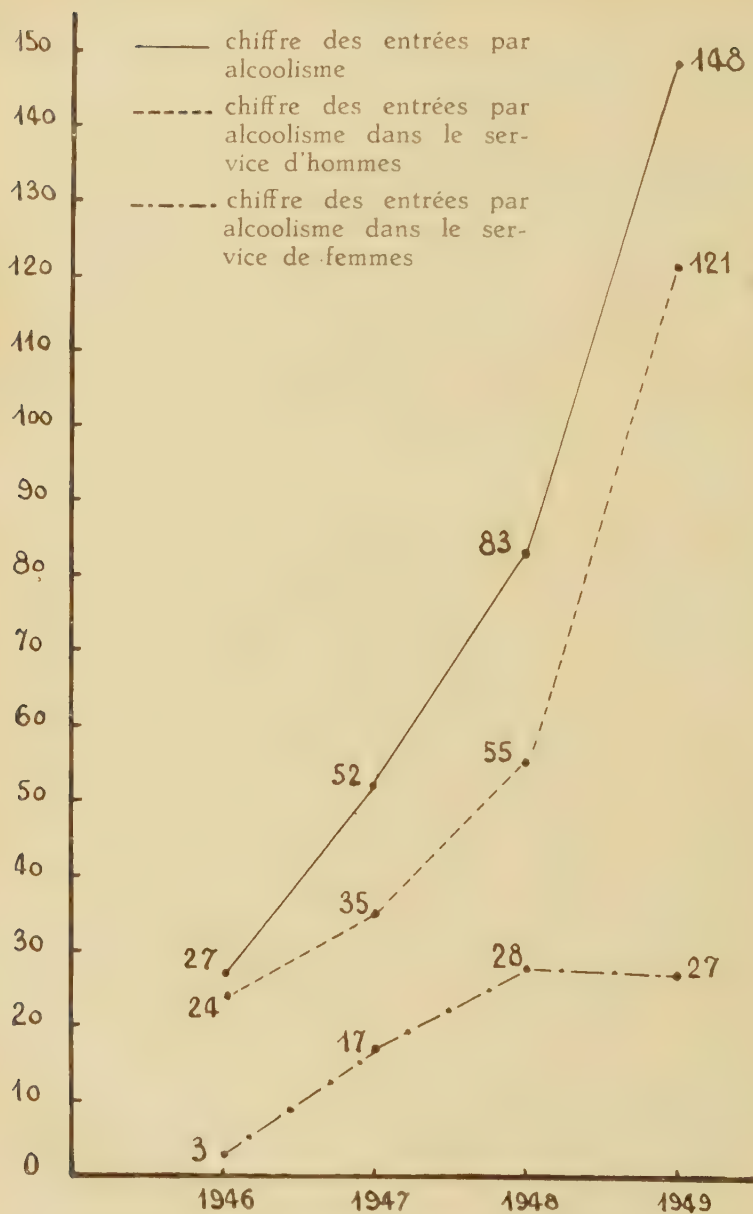
HOPITAL PSYCHIATRIQUE DE LESVELLEC



POURCENTAGE ENTRE :

— et aliénés alcooliques } des deux sexes
 — total des aliénés

HOPITAL PSYCHIATRIQUE DE LESVELLEC

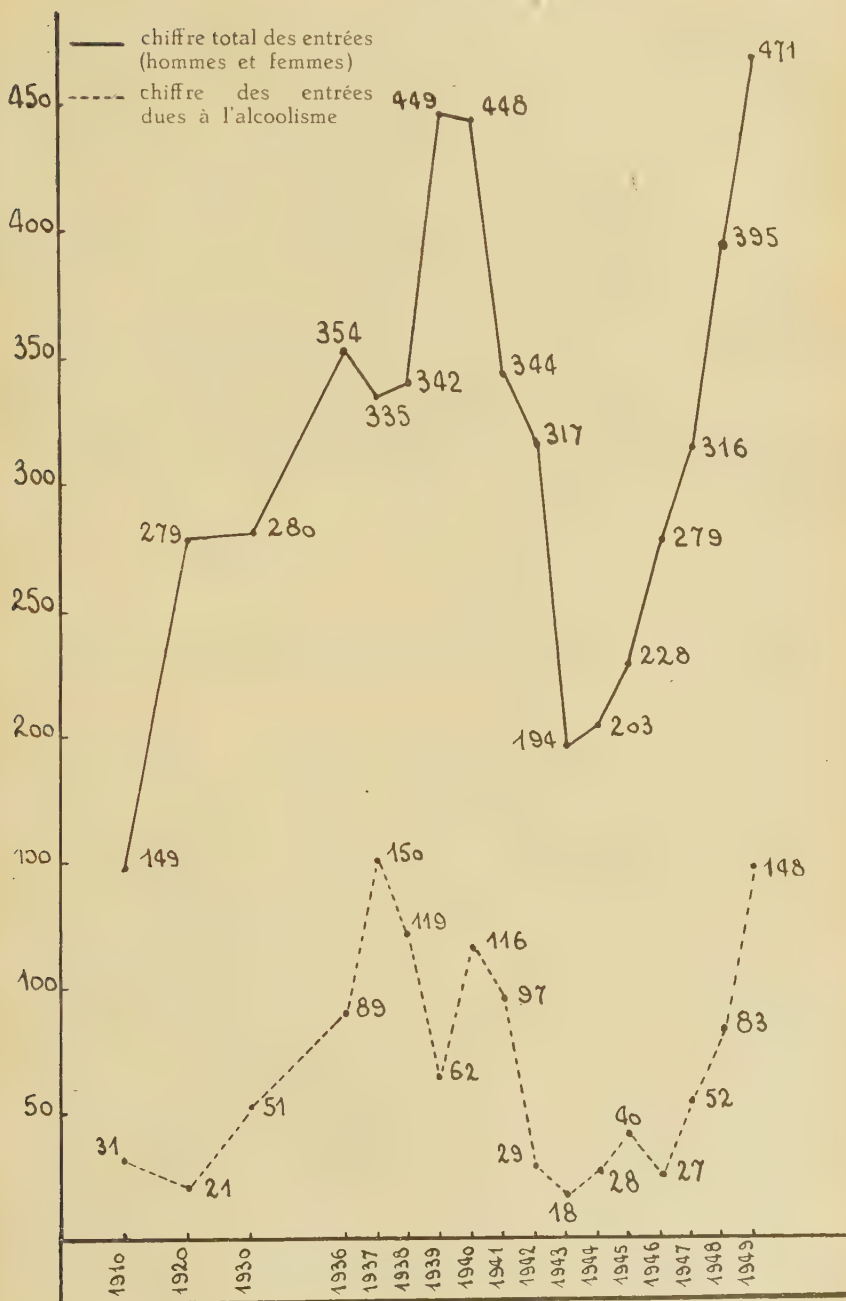


COURBES DES ENTRÉES DES MALADES

— du sexe masculin

- - - du sexe féminin

HOPITAL PSYCHIATRIQUE DE LESVELLEC



- démences précoces : 20 % d'antécédents héréditaires alcooliques;
- états délirants hallucinatoires : 17,7 % d'antécédents héréditaires alcooliques;
- confusion mentale : 12,1 % d'antécédents héréditaires alcooliques;
- manie aiguë : 11,5 % d'antécédents héréditaires alcooliques.

Rappelons que nous avons trouvé beaucoup plus souvent l'alcoolisme paternel que l'alcoolisme maternel, et cela explique sans doute pour une part la fâcheuse influence de l'alcoolisme sur la descendance, puisqu'on sait que l'alcool a une action plus nocive sur la glande génitale mâle et sur l'élément sexuel mâle.

II. — ALCOOLISME ET EPILEPSIE

Les chiffres que nous avons obtenus sont, rappelons-le, les suivants :

Femmes épileptiques :

- antécédents personnels 7,5 %
- antécédents héréditaires 42,5 %

Enfants épileptiques :

- antécédents héréditaires 60,4 %

Nous voyons que 7,5 % seulement des adultes épileptiques sont d'anciens alcooliques. Ce chiffre tendrait à montrer que l'épilepsie n'est pas très souvent d'origine alcoolique, ou du moins que le cidre, source principale de l'alcoolisme dans le Morbihan, n'a qu'un faible pouvoir épileptogène.

Par contre, notre étude nous a montré que l'hérédité alcoolique se rencontre très fréquemment chez les adultes et chez les enfants épileptiques, et on a pu décrire une épilepsie hérédocolique. Le Docteur MARCHAND signale que les statistiques portant sur les pourcentages de l'alcoolisme parmi les parents d'épileptiques, donnent des résultats extrêmement variables

puisqu'ils varient de 3 à 60 %. Pour sa part, il indique que 9 % des épileptiques doivent leur maladie uniquement à l'intoxication de leurs parents; mais il admet qu'un beaucoup plus grand nombre sont devenus épileptiques sous l'influence de facteurs extérieurs « parce que descendants d'alcooliques, ils sont nés en état d'infériorité organique ».

Reprenant notre étude sur les bases préconisées par le Docteur MARCHAND, c'est-à-dire en ne retenant que les cas où on ne notait aucune autre tare que l'alcoolisme chez les ascendants, et chez les malades eux-mêmes aucun fait ayant pu jouer un rôle dans l'étiologie de l'épilepsie, nous avons trouvé 9,75 % de cas chez les enfants et 8,57 % des cas chez les adultes où l'épilepsie ne pouvait trouver sa cause que dans l'hérédité alcoolique. C'est dire que nos chiffres sont très voisins de ceux obtenus par le Docteur MARCHAND.

III. — ALCOOLISME ET RETARD INTELLECTUEL

Tous les neuropsychiatres ont observé que les enfants d'alcooliques sont en retard au point de vue intellectuel et on peut noter tous les degrés entre le retard intellectuel léger et la débilité accentuée allant jusqu'à l'imbécillité.

Nous avons vu que parmi les femmes débiles internées à l'hôpital psychiatrique de Lesvellec, 44,4 % avaient un ou plusieurs ascendants alcooliques. Sur 181 enfants retardés intellectuels à des degrés variables, traités dans le service de neuropsychiatrie infantile de Saint-Avé ou examinés dans diverses consultations d'hygiène mentale, 98 soit une proportion de 54,1 % des antécédents héréditaires éthyliques. Ce pourcentage est encore plus important si l'on envisage les antécédents des enfants à quotient intellectuel inférieur à 50 %, c'est-à-dire des enfants à niveau d'idiotie ou d'imbécillité : il est alors de 73,33 % des cas.

Il est bon de rappeler à ce propos que le Docteur APERT disait : « les relevés des asiles montrent que 60 % des idiots

sont fils d'alcooliques, presque toujours c'est le père qui est en cause » et que SICARD DE PLAUZOLES et le Docteur d'HEUCQUEVILLE trouvaient une ascendance alcoolique chez plus de la moitié des enfants retardés de leurs services. Nous avons dit par ailleurs que, comme APERT, nous avons trouvé beaucoup plus l'alcoolisme du père que celui de la mère dans les antécédents des enfants retardés intellectuels.

- 60 fois nous avons trouvé l'alcoolisme paternel (seul ou associé à l'alcoolisme des grands-parents) ;
- 5 fois nous avons trouvé l'alcoolisme maternel (seul ou associé à l'alcoolisme des grands-parents) ;
- 17 fois nous avons trouvé l'alcoolisme du père et de la mère (seul ou associé à l'alcoolisme des grands-parents) ;
- 16 fois nous avons trouvé l'alcoolisme des grands-parents seuls.

Il est bon de remarquer que si la tuberculose, quand elle existe seule dans les hérédités morbides des enfants retardés intellectuels, ne donne généralement que des retards peu importants, par contre l'alcoolisme isolé donne des retards beaucoup plus accentués. Dans l'étude que nous avons faite de la tuberculose et de ses conséquences neuropsychiques, nous avons indiqué les chiffres que nous avons obtenus.

Commentant le chiffre donné par le Docteur APERT de 60 % d'hérédités alcooliques dans les antécédents d'idiots ou d'imbéciles, le Docteur PRIVAT DE FORTUNIE fait remarquer qu'en donnant cette proportion très élevée, le Docteur APERT se réfère à des statistiques anciennes car, dit-il, « à l'heure actuelle il semble bien que l'hérédosyphilis soit en droit de revendiquer une part très importante, peut-être même la plus importante dans la production de l'idiotie ». Cette observation vaut peut-être pour certains départements français, mais à coup sûr elle ne vaut pas pour le département du Morbihan où — ainsi que nous l'avons signalé à différentes reprises — la syphilis ne joue qu'un rôle très limité dans l'étiologie des troubles neuropsychiques en raison de sa rareté.

Nous savons bien que la recherche de l'hérédité alcoolique dans les antécédents des enfants retardés a donné des résultats très différents. Nous plaçant dans les conditions préconisées par le Docteur MARCHAND pour la recherche des antécédents alcooliques chez les épileptiques, nous avons trouvé 19 enfants sur 181 (soit une proportion de 10,4 %) dans les antécédents personnels et héréditaires de qu'il n'existait aucun autre fait que l'hérédité alcoolique capable d'expliquer l'existence du retard intellectuel. Dans ces 19 cas, le retard était généralement important puisque nous avons trouvé les chiffres suivants :

- 1 fois un quotient intellectuel supérieur à 80 % ;
- 4 fois un quotient intellectuel compris entre 70 et 80 % ;
- 2 fois un quotient intellectuel compris entre 60 et 70 % ;
- 9 fois un quotient intellectuel compris entre 50 et 60 % ;
- 3 fois un quotient intellectuel inférieur à 50 %.

Nous avons fait cette recherche pour mettre en valeur l'influence de l'alcoolisme des ascendants dans l'apparition des retards intellectuels quand il existe à l'état isolé. Mais, l'alcoolisme s'associe très souvent à d'autres faits pathologiques acquis ou hérités dans les antécédents des enfants retardés intellectuels sans qu'il soit possible de distinguer toujours la part qui revient à l'un ou l'autre de ces faits. En particulier, il est difficile de distinguer dans l'étiologie des retards intellectuels la part qui revient à l'hérédité alcoolique de celle qui revient à la dégénérescence tuberculeuse si souvent associée, à l'hérédité vésanique, aux maladies fœtales, aux conditions de vie familiale et sociale, etc.

Mais de toute façon l'influence de l'alcoolisme chronique apparaît nette quant à la genèse des retards intellectuels. Cette influence est explicable par les notions expérimentales qui apportent une base solide à l'hypothèse de l'atteinte des cellules germinales mâles par l'alcool.

IV. — ALCOOLISME ET TROUBLES CARACTERIELS CHEZ L'ENFANT

Nos recherches sur les antécédents de 83 enfants présentant des troubles caractériels très variés (hyperémotivité, opposition, agressivité, instabilité, impulsivité, fugues, perversions, etc.) nous ont montré que 62,6 % de ces enfants avaient des ascendants alcooliques.

Chez 9,6 % d'entre eux, on ne trouve aucun autre fait pathologique que l'hérédité alcoolique susceptible d'expliquer les troubles du caractère.

Depuis longtemps d'ailleurs on avait insisté sur le fait que les descendants d'alcooliques sont souvent « des déséquilibrés, instables, incapables d'attention soutenue, sujets à des colères et à des impulsions parmi lesquelles il convient sans doute de faire une place à la dipsomanie, transmission héréditaire de l'appétence pour l'alcool » (Docteur PRIVAT DE FORTUNIÉ). Cette transmission de l'appétence pour l'alcool a d'ailleurs été discutée en particulier par le Docteur DEROBERT et par le Docteur DESHAIES.

Nous ajouterons qu'actuellement, dans le service de neuropsychiatrie infantile du centre hospitalier de Saint-Avé, 17 enfants sur 22 qui présentent des troubles caractériels (soit une proportion de 77,2 %) ont des antécédents héréditaires alcooliques. (Un autre de ces enfants n'avait pas d'hérédités alcooliques mais buvait lui-même du cidre en quantité importante.)

V. — LES CONDITIONS DE L'ALCOOLISME DANS LE MORBIHAN

Les chiffres que nous avons donnés des pourcentages d'hérédités alcooliques chez les adultes psychopathes et épileptiques et chez les enfants épileptiques, caractériels et retardés intellectuels indiquent bien l'importance de l'intoxication alcoolique dans le Morbihan. Il nous paraît donc utile de préciser

les aspects et les conditions d'existence de l'alcoolisme dans le département.

D'une façon très générale, on peut dire qu'ici l'alcoolisme est familial, à base de cidre et d'eau-de-vie de cidre, auxquels s'ajoutent dans les villes et dans la région côtière l'alcoolisation par le vin, les apéritifs et un peu par le rhum. Une notion déjà signalée est que la question de l'alcoolisme dans le Morbihan n'est pas tant régie par les quantités d'alcool absorbées que par la question de la tolérance à l'alcool; la quantité d'alcool nécessaire pour créer l'alcoolisme n'est plus le fait dominant; en raison des fragilités supplémentaires dues sans doute à la fréquence du terrain tuberculeux, il faut de moins en moins d'alcool aux Morbihannais pour s'intoxiquer. La tuberculose et l'intoxication alcoolique elle-même qui, depuis plusieurs dizaines d'années, se répète de génération en génération, ont augmenté la dégénérescence en accentuant les fragilités biopsychiques. Le Docteur SALOMON, médecin-chef à l'hôpital psychiatrique de Lesvellec, écrivait déjà à ce propos, il y a quelques années : « Les enfants d'alcooliques ont des organes médiocres, une résistance diminuée, et l'alcoolisme pour se développer chez eux n'a pas besoin des mêmes doses qui étaient nécessaires à leurs parents. » Autrement dit, la quantité de toxique susceptible de provoquer un état pathologique défini, et notamment mental, est moins grande aujourd'hui qu'il y a quelques années. Mais encore une fois, il convient d'insister à notre sens sur le fait que cette susceptibilité accrue est liée pour une bonne part aux fragilités dues au terrain tuberculeux.

1° LES CONDITIONS ÉTIOLOGIQUES DE L'ALCOOLISME DANS LE MORBIHAN.

Les conditions étiologiques de l'alcoolisme chronique ont été particulièrement étudiées par le Docteur DESHAIES qui invoque l'imitation d'autrui, l'éducation dans le cadre familial, l'oisiveté, la réaction de défense contre une émotion pénible ou une situation difficile, réaction qui consiste à chercher dans

l'alcool une « compensation », enfin la tolérance individuelle sur laquelle nous avons déjà insisté.

Par ailleurs, dans son livre sur « L'Alcoolisme », le Docteur PERRIN a précisé ces notions étiologiques en écrivant qu'il était simpliste d'expliquer l'alcoolisme uniquement par le taudis, la misère et les travaux pénibles. Il nous paraît également que si ces causes ont une valeur non négligeable, elles ne suffisent pas à expliquer que l'intoxication soit tellement répandue dans le département du Morbihan.

Il est des conditions étiologiques de l'alcoolisme qui sont générales et d'autres qui sont plus particulières à certaines catégories d'habitants.

a) *Causes générales.*

Parmi elles, à côté de la misère et du taudis dont l'être humain peut désirer s'évader en cherchant une compensation illusoire dans l'alcool, il faut sans doute signaler, pour certains buveurs habituels, une prédisposition mentale qui se traduit par une appétence anormale pour l'alcool. Le facteur éducatif, aussi, intervient, les parents incitant et même obligeant leurs enfants à boire du cidre, voire de l'eau-de-vie, « pour leur donner des forces » ou « pour tuer les vers ». Il n'est malheureusement que trop vrai qu'il existe dans le Morbihan un alcoolisme acquis de l'enfant. Cet alcoolisme prend une plus grande importance quand l'enfant grandit : initié tôt aux travaux de la terre, il boit aux champs comme les hommes dont il n'a pas la résistance; entré en apprentissage à l'atelier, il est entraîné souvent par des ouvriers plus âgés.

Les loisirs permettent également le développement de l'alcoolisme : il est remarquable de constater qu'adultes et adolescents ne peuvent pas ou ne savent pas utiliser autrement leurs heures de repos qu'à boire au café ou à la ferme.

Bien entendu ces causes sont grandement favorisées par le fait que nous sommes en pays grand producteur d'alcool, le Morbihan étant un des premiers départements français producteurs de cidre et d'eau-de-vie.

Le Docteur PERRIN signale encore d'autres raisons de s'alcooliser qui ne sont pas négligeables : le désir de ne pas

paraître inférieur aux autres en buvant moins qu'eux, le préjugé désolant qui veut qu' « il n'est pas de meilleure façon de témoigner à quelqu'un sa reconnaissance ou son estime que de lui servir à boire », « l'idée que tout événement heureux impose la consommation d'alcool en commun », etc.

b) *Causes particulières.*

Elles sont liées aux conditions du métier.

— Le marin, embarqué souvent pendant plusieurs semaines et donc séparé du milieu familial, boit pour oublier son ennui ou pour masquer sa fatigue. Rentré au port, il cherche dans l'alcool une détente. C'est chez le marin que l'alcoolisation par le vin et par l'eau-de-vie, les apéritifs et le rhum, existe surtout.

— « L'ouvrier, dit le Docteur PERRIN, boit pour travailler, et il boit pour se reposer ». Il n'est que trop vrai qu'il s'alcoolise très souvent de façon continue.

La soif entraînée par un travail de force peut dans une certaine mesure expliquer l'absorption de boisson pendant le travail et l'absorption d'alcool trouve, aux yeux de beaucoup, sa justification dans la notion trop répandue que « l'alcool est un aliment ».

L'alcoolisme du paysan intéresse plus particulièrement notre département dont la population est essentiellement rurale. « Le cultivateur, dit PERRIN, boit au travail et d'autant plus abondamment qu'il s'agit d'une besogne pénible et que, s'il est récoltant, il a l'impression que la boisson ne lui coûte rien. » D'autre part, nous avons dit que ses heures de repos n'étaient généralement occupées à rien d'autre qu'à boire avec des amis. Il semble qu'en ce qui concerne le milieu rural, le taudis — qui existe pourtant — n'est pas la seule explication de l'alcoolisme.

Ainsi donc, si l'on ne peut nier dans certains cas l'influence d'une prédisposition mentale dans l'alcoolisme, il apparaît que cette influence est très réduite par rapport à celle des préjugés et des habitudes qui sont favorisées par le fait que le Morbihan est un département producteur d'alcool.

2° LES BOISSONS ALCOOLISÉES CONSOMMÉES DANS LE MORBIHAN.

Nous avons déjà dit qu'elles étaient le cidre, l'eau-de-vie et, à un moindre degré, le vin, les apéritifs et le rhum.

Le cidre et l'eau de vie essentiellement sont les responsables de l'alcoolisme dans les cantons ruraux où les autres modes d'alcoolisation n'ont qu'une importance assez réduite. Ce n'est que dans les cantons côtiers et dans les agglomérations importantes qu'intervient pour une part non négligeable une alcoolisation supplémentaire par le vin, les apéritifs et le rhum.

Il serait aisé de donner, comme l'a fait parmi d'autres le Docteur PERRIN dans son livre « L'Alcoolisme », les quantités moyennes de boissons alcoolisées consommées quotidiennement. Mais nous tenons à répéter que ces quantités n'ont plus actuellement dans le Morbihan, en raison de la dégénérescence, qu'une importance assez réduite; cette question de quantité d'alcool absorbée est nettement dominée par la question de la tolérance à l'alcool : il est établi qu'aujourd'hui de faibles doses aboutissent au même résultat que les doses beaucoup plus importantes d'il y a cinquante ans. On peut dire, avec notre Maître le Docteur H. DAUSSY, que « l'alcoolisme mental n'est plus le fait d'abus considérables. Il y a des individus de plus en plus nombreux chez qui des doses relativement faibles aboutissent au même résultat que d'abondants excès chez d'autres. Cela tient à une fragilité de l'organisme créée souvent par l'alcoolisme des ascendants ». « Nous sommes maintenant convaincu que cette fragilité est liée également pour une bonne part à la fréquence et à l'importance de la dégénérescence tuberculeuse. » Cette fragilisation se manifeste chez des sujets tarés héréditairement dans l'ensemble de leur physiologie et qui participent malheureusement à une déchéance dégénérative de la race. On peut ajouter qu'il ne sert probablement à rien de se dissimuler la gravité de ce fait, même s'il y a des exceptions; ce qui importe, c'est d'étudier l'ensemble du problème en ce qui concerne la population. Ce n'est d'ailleurs pas seulement poser la question de la respon-

sabilité de l'individu et de la société quant à l'alcoolisme, puisque nous avons dit plusieurs fois la part probablement importante de la tuberculose et d'autres faits susceptibles, par hérédité ou par acquisition, de rendre fragiles le système nerveux et les organes qui lui sont le plus liés fonctionnellement.

En somme, il faut faire appel à la notion assez vague mais nettement perceptible de « l'usure d'une race », et il s'agit-là d'une étude de facteurs moraux, sociaux, économiques et même géographiques.

1° De toute façon, le degré de l'alcoolisation par les différentes boissons alcoolisées est difficile à apprécier. En particulier, l'estimation de l'alcoolisation par *le cidre* — principale cause de l'alcoolisme dans le Morbihan — se heurte à des difficultés sérieuses. Il ne nous a pas été possible avec certitude de connaître toutes les plantations de pommiers, la production de pommes à cidre. Certains nous ont dit que les pommiers étaient beaucoup moins nombreux qu'il y a trente ans et les récoltes de pommes nettement inférieures à celles d'autrefois. Nous citerons des chiffres :

a) La Direction des Services agricoles estime qu'il y a actuellement 3.600.000 pommiers dans le département.

b) Pour la période comprise entre les années 1919 et 1930, la production annuelle moyenne de pommes a été de 2.985.000 quintaux.

Pour la période comprise entre 1940 et 1950, cette production a été de 2.371.000 quintaux. Mais il y a lieu de remarquer que par suite de la guerre et de l'occupation, les récoltes de 1941, 1942, 1943 et 1945 ont été anormalement basses :

1941	.....	84.000	quintaux
1942	.....	1.000.000	«
1943	.....	300.000	«
1945	.....	150.000	«

Depuis, les productions annuelles de pommes ont été en augmentation constante :

1946	.....	500.000	quintaux
1947	.....	1.250.000	«

1948	1.800.000	«
1949	2.600.000	«
1950	8.000.000	«

Cette production est à peu près exclusivement réservée au département, les exportations étant pratiquement négligeables (1/20^e environ). Les fruits à cidre sont presque totalement transformés en cidre et en alcool à la ferme, car le département est un gros consommateur; en mauvaise année, le département comble « son déficit » en faisant appel à l'Ille-et-Vilaine et à la Normandie.

Il apparait donc que, quoiqu'on en dise, la production — et donc la consommation — ne sont pas moindres qu'il y a quelques dizaines d'années. Nous reviendrons plus loin sur les consommations.

2° Le département du Morbihan n'est pas un département viticole, car la vigne n'y est cultivée que par 530 agriculteurs (526 en 1937) et sur de petites superficies. Seule la région sud du Morbihan, en particulier la presqu'île de Sarzeau et la région de la Roche-Bernard sont intéressées par la vigne. Sous ce climat doux et humide, les maladies cryptogamiques sévissent avec une particulière intensité et cela a amené une conséquence intéressante : c'est que les viticulteurs ont remplacé les plants trop fragiles par des plants très résistants au mildiou; or, ces plants sont des cépages interdits parce qu'ils produisent un vin considéré comme très nocif, en particulier au point de vue mental (noah, othello, etc.).

Notre attention a été attirée sur ces cépages interdits qui sont cultivés de façon assez importante pour plusieurs raisons : d'abord parce qu'ils sont résistants, ensuite parce qu'ils produisent rapidement (en deux ou trois années, au lieu de quatre ou cinq années pour d'autres plants), enfin parce qu'ils fournissent un vin agréable au goût et riche en alcool et en éther. Il est intéressant de noter que ces cépages interdits sont particulièrement en faveur dans la région de la Roche-Bernard, région où nous avons relevé le pourcentage le plus élevé de malades mentaux; mais pour se garder d'une interprétation rapide, excessive et inexacte, disons que ces plants de vigne

occupent un territoire très limité et que les cantons à psychopathies fréquentes débordent largement ce territoire. Et de plus, nous rappelons que c'est cette région qui présente le plus fort pourcentage de tuberculose décelée.

LES CONSOMMATIONS DE BOISSONS ALCOOLISÉES DANS LE MORBIHAN

Les chiffres que nous donnons ci-dessous nous ont été communiqués par la Direction des Contributions indirectes du Morbihan. Ils ne portent évidemment que sur les quantités imposées, c'est-à-dire sur les quantités d'alcool circulant. Ils ne donnent pas idée de la consommation du cidre qui se fait sur place, à la ferme.

Ils donnent avec assez d'exactitude les consommations en vin. En ce qui concerne les alcools, il y a de grosses réserves à faire, d'une part parce que chaque agriculteur a droit annuellement à 20 litres d'alcool à 50°, exemptés d'impôts (il nous a été dit qu'en réalité ils en conservaient beaucoup plus), d'autre part, parce que le pourcentage de fraude est très important quoique impossible à apprécier.

	Vins d'appellation d'origine contrôlée	Vins ordinaires	Cidre	Alcool
1948	4.489 hl.	195.000 hl.	440.404 hl.	10.441 hl.
1949	3.114 hl.	172.915 hl.	372.356 hl.	9.401 hl.
1950	4.678 hl.	201.717 hl.	392.014 hl.	10.734 hl.

Donc, pour les trois dernières années, la moyenne annuelle a été :

eau-de-vie consommée	10.192 hectolitres
vin consommé	193.772 «
cidre circulant	401.591 «

Pour comparer ces chiffres avec des chiffres précédents, nous ajouterons ceci :

— La production d'alcool qui, au cours de ces trois dernières années, a été en moyenne de 10.192 hectolitres, avait été de 7.350 hectolitres en 1937.

— Le nombre de bouilleurs de cru a été — officiellement — de 85.483 au cours de la campagne 1949-1950, alors qu'en 1934-1935, 50.178 cultivateurs avaient distillé. Le nombre de bouilleurs ambulants en 1950 a été de 231.

— Ajoutons encore que si c'est à la ferme surtout qu'on s'alcoolise, il n'en existe pas moins dans le département du Morbihan 6.907 débits de boisson (soit un débit pour moins de 80 habitants), dont 5.782 autorisés à vendre toutes les boissons alcoolisées, et 1.125 autorisés à vendre du vin, du cidre et de la bière. (Parmi eux, 187 ne sont autorisés à vendre de boissons alcoolisées qu'aux repas.)

Ces chiffres, que nous avons donnés à titre indicatif, montrent bien que l'alcoolisation dans le Morbihan est très importante; ils montrent aussi que si l'alcoolisation par le cidre demeure à peu près identique à ce qu'elle était il y a quinze ans, l'alcoolisation par l'eau-de-vie s'est accrue de façon très notable.

Conclusions

L'étude des étiologies actuelles de la pathologie mentale dans le Morbihan, fondée sur la recherche des antécédents personnels, héréditaires et collatéraux, permet de mettre en valeur plusieurs faits :

1° L'apparition des psychopathies, de l'épilepsie et des troubles neuropsychiques de l'enfance est conditionnée par de nombreuses causes tant acquises qu'héritées, parmi lesquelles il n'est pas aisé de trouver celle qui a le rôle prépondérant.

2° Si l'on retrouve sur toute l'étendue du territoire et sans doute dans les autres pays les mêmes causes principales, il semble cependant qu'il existe une certaine géographie psychiatrique quant à l'étiologie ; dans le Morbihan on note clairement la rareté de l'étiologie syphilitique et de la consanguinité et l'extrême fréquence des étiologies alcoolique et tuberculeuse.

3° ANTÉCÉDENTS PERSONNELS.

a) Femmes psychopathes.

Les faits pathologiques les plus souvent rencontrés ont été l'alcoolisme, la tuberculose, les chocs affectifs, le rhumatisme dont l'action psychogène, en dehors de toute prédisposition héréditaire, nous est apparue très nette dans plusieurs cas.

b) Femmes épileptiques.

L'étiologie tuberculeuse domine ici nettement l'étiologie alcoolique qui n'a été que rarement trouvée.

c) Enfants retardés intellectuels, caractériels, épileptiques.

Chez eux, la pathologie de la grossesse et les traumatismes obstétricaux ont été très souvent trouvés dans les antécédents, de même que les différentes maladies du système nerveux.

Les traumatismes affectifs intenses ou répétés, souvent liés à l'alcoolisme des parents, jouent un rôle étiologique important dans la genèse des retards intellectuels et des troubles caractériels.

Chez ces enfants, s'il est assez rare en raison de l'âge de trouver dans les antécédents personnels des évolutions tuberculeuses, il est par contre fréquent de trouver des états d'imprégnation tuberculeuse qui se traduisent par un « habitus bacillaire » qu'on trouve également souvent chez les déments précoces et les adultes épileptiques.

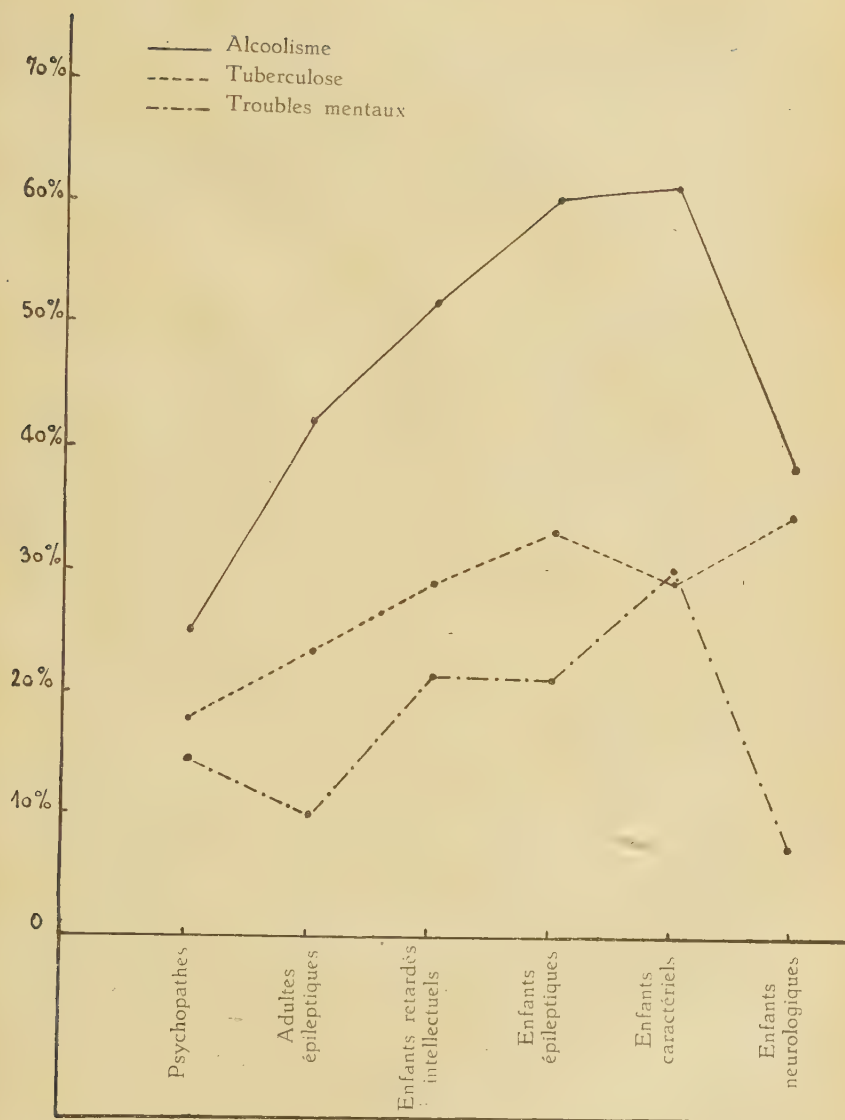
4° ANTÉCÉDENTS HÉRÉDITAIRES.

Si la syphilis et la consanguinité sont rares dans le Morbihan, d'autres faits pathologiques ont été trouvés avec une certaine fréquence : le rhumatisme, l'asthme, les maladies du système nerveux.

Mais trois hérédités prédominent : l'alcoolisme, la tuberculose, et l'hérédité vésanique. Quelquefois isolées, elles s'associent le plus souvent dans les antécédents d'un même malade ; chez les enfants retardés intellectuels il est clair que cette association conditionne l'intensité du retard.

L'association la plus fréquente est celle de l'alcoolisme et de la tuberculose et elle nous paraît être la principale étiologie de la pathologie mentale dans le Morbihan : « Ce sont en tout premier des dégénérés hérédoalcooliques et des dégénérés hérédotuberculeux, écrivait en 1946, le Docteur DAUSSY, qui sont atteints de troubles neuropsychiques. Nous ne saurions pas dire ce qui l'emporte des conséquences de l'alcoolisme et de la tuberculose dans l'étiologie des troubles neuropsychiques. Ce que nous savons bien, c'est l'association fréquente, habituelle des dégénérescence alcooliques et tuberculeux ».

Ces deux faits sont étroitement liés car, si l'alcoolisme favorise l'apparition et l'extension de la tuberculose, inverse-



FRÉQUENCE COMPARÉE DE L'ALCOOLISME, DE LA TUBERCULOSE
ET DES PSYCHOPATHIES DANS LES ANTÉCÉDENTS HÉRÉDITAIRES
DES DIFFÉRENTS GROUPES DE MALADES ÉTUDIÉS

ment celle-ci en créant des fragilités biopsychiques supplémentaires, favorise l'alcoolisme et particulièrement l'alcoolisme mental en diminuant la tolérance à l'alcool. On peut estimer dans notre département que l'alcoolisme renouvelé de génération en génération et associé à la dégénérescence tuberculeuse aboutit peu à peu à « l'usure de la race », déterminant une fragilisation marquée de l'organisme et surtout du système nerveux.

Alcoolisme et tuberculose, qui s'aggravent réciproquement sont par ailleurs favorisés par les conditions d'habitat et d'alimentation souvent défectueuses dans le Morbihan.

On ne peut espérer faire œuvre utile et enrayer dans notre région la régulière et rapide progression des troubles neuropsychiques de l'enfant et de l'adulte qu'en luttant contre l'alcoolisme, la tuberculose et les mauvaises conditions d'hygiène. C'est pourquoi nous ferons nôtre cette conclusion que notre Maître le Docteur DAUSSY écrivait en 1946 dans son *Projet d'organisation de la Protection de la Santé Mentale dans le Morbihan* :

« Nous autres, médecins des maladies du système nerveux, nous devons être soucieux de toutes les préoccupations de l'hygiéniste : hygiène à l'étable, au poulailler autant qu'à la maison, hygiène des bêtes au pré autant que des enfants au bon air; lutte contre l'alcoolisme par les moyens malheureusement réduits dont nous pouvons disposer, en attendant que soient codifiées les mesures indispensables sans lesquelles la prophylaxie des maladies mentales risque d'être illusoire partout en France et particulièrement dans notre département. C'est là le premier point, celui de la prévention générale des troubles neuropsychiques, œuvre d'hygiène et de sociologie ».

Vu, le Doyen :
BINET

Vu, le Président de Thèse :
DELAY

Vu et Permis d'imprimer,
le Recteur de l'Académie de Paris :
SARRAILH

Bibliographie

- ARCHIVES de la Direction départementale de la Santé du Morbihan.
- ARCHIVES de l'Hôpital Psychiatrique de Lesvellec.
- APPERT. — L'hérédité morbide. (Flammarion, 1919.)
- BARUK (H.). — Psychiatrie médicale, physiologique et expérimentale (Masson, 1938.)
- BRIAND. — Hérédité des maladies mentales. (*Le Progrès Médical*, 31 mars 1928.)
- BOWEN (W.). — L'hérédité des affections schizophréniques. (*Congrès des médecins aliénistes et neurologistes de langue française*, 1936.)
- CATHALA. — L'influence du caractère, du milieu sur le développement intellectuel et moral. (*Presse Médicale*, 14 février 1951.)
- CLAUDE (H.), COSTE, VALTIS et VAN DEINSE. — Sur les relations pathogéniques du virus tuberculeux avec la démence précoce. (*Encéphalo*, sept.-oct. 1933.)
- CHIARAMONTI. — Etude des rapports entre la tuberculose et les maladies mentales. (Analyse dans les *Annales médico-psychologiques*, oct. 1949.)
- CREMIEUX (A.), CASTELAIN et SONO (Mme). — Notes sur les rapports de la tuberculose parentale et du développement mental et nerveux des enfants. (*Congrès des médecins aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française*, juillet 1950. Analyse dans *Annales médico-psychologiques*, oct. 1950.)
- CUVIER. — Aperçus sur l'évolution de la tuberculose en France en milieu rural et en milieu urbain. (*Semaine médicale*, 26 février 1951.)

- DAUSSY (H.) et FRIART (P.). — Antécédents personnels de 182 enfants morbihannais retardés intellectuels. (*Société médico-psychologique*, 23 avril 1951.)
- Antécédents héréditaires de 182 enfants morbihannais retardés intellectuels. (*Société médico-psychologique*, 23 avril 1951.)
- DAUSSY (H.). — Projet d'organisation de la Protection de la Santé mentale dans le Morbihan. (*Rapport adressé en 1946 au Ministère de la Santé*.)
- L'intoxication alcoolique. (*Archives internationales de Neurologie*, 1940.)
- DELAY (Professeur J.). — Aspects de la Psychiatrie moderne. (*Discours inaugural du Congrès international de Psychiatrie*, Paris, sept. 1950.)
- DESHAYES (G.). — L'alcoolisme héréditaire. (*Encéphale*, 1941, n° 4.)
- DEROBERT (L.). — Rapports de l'alcoolisme, de la puerpéralité et de l'hérédité envisagée au point de vue médico-social. (*La Puériculture*, 1946, n° 6 et 7.)
- DEROBERT (L.) et DUCHENE. — L'alcoolisme aigu et chronique. (Bailière, 1942.)
- ESQUIROL. — Des maladies mentales. (1938.)
- FAU (R.). — Note statistique sur les troubles mentaux chez les tuberculeux pulmonaires dans la région sanatoriale de Grenoble. (Analyse dans les *Annales médico-psychologiques*, oct. 1950.)
- FERE (Ch.). — Les épilepsies et les épileptiques. (Alcan, 1890.)
- FOUQUET (P.). — Facteurs médico-sociaux et urbains en neuropsychiatrie infantile. (*Archives de médecine sociale*, mai 1945.)
- HEUYER (Professeur G.). — Enfants anormaux et délinquants juvéniles. (*Thèse*, Paris 1913.)
- HOLLANDER (Docteur) et ROUVROY. — La démence précoce est-elle d'origine tuberculeuse ? (*Annales médico-psychologiques*, nov. 1932.)
- HYVERT (Docteur). — L'imprégnation tuberculeuse, facteur étiologique primordial des psychoses primitives. Les psycho-encéphalites de la tuberculose atypique. (*Encéphale*, 1948, n° 8.)

JACQUELIN (A.). — Les tuberculoses atypiques : fréquence, polymorphisme, intérêt thérapeutique. (1939.)

KUNTZ. — Statistique agricole du Morbihan. (1937.)

LEVY-VALENSI. — Précis de Psychiatrie. (Baillière, 1948.)

LAIGNEL-LAVASTINE, BARBE, DELMAS. — La pratique psychiatrique. (Baillière, 1925.)

LENNOX (W.). — L'hérédité de l'épilepsie. (*The American Journal of Psychiatry*, janvier 1947. Analysé dans les *Annales médico-psychologiques*, févr. 1950.)

LEROUX et GUILLET. — Un cas de tuberculose congénitale transmise par voie placentaire. (*Bulletin de l'Académie de Médecine*, séance du 13 juin 1950.)

LOISEAU (Ch.). — Régression du nombre des psychoses alcooliques dans le Morbihan sous l'influence des restrictions en boissons alcoolisées. (*Thèse*, Paris 1944.)

MARCHAT (L.). — Maladies mentales. (Amédée Legrand, 1939.)

POROT (M.). — Les troubles mentaux au cours de la tuberculose pulmonaire chronique. (Analysé dans les *Annales médico-psychologiques*, oct. 1950.)

PRIVAT DE FORTUNIS et VALDENNAIRE. — Hérédité morbide et affections neuropsychiques. (Maloine, 1939.)

DE PARREL. — Traité de Rééducation. (*Les Ordres de Chevalerie*, 1945.)

PENAIN (P.). — L'alcoolisme : problème médico-sociaux et économiques. (*Expansion scientifique française*, 1950.)

RISER (H.), GAYBAL, GLEYZES et COMBES. — Troubles mentaux au cours de la tuberculose pleuro-pulmonaire. (Analysé dans les *Annales médico-psychologiques*, oct. 1950.)

REGIS. — Précis de Psychiatrie. (1923.)

ROGUES DE FURSAC. — Précis de Psychiatrie. (1923.)

SICARD DE PLAUZOLE et PERRIN (P.). — De l'interdépendance des grands fléaux sociaux. (*Prophylaxie antivénérienne*, n° 10, oct. 1946.)

SCAPARIEZOS (Sp.). — La prédisposition constitutionnelle dans les maladies organiques du système nerveux. (*Encéphale*, 1949, n° 7.)

SAVY. — Thérapeutique. (1943.)

SCHACHTER (M.) et COTTE (Mlle). — Contribution pédo-psychiatrique à l'étude d'un groupe d'enfants issus de parents tuberculeux. (*Le Médecin français*, 25 mai 1950. Analysé dans les *Annales médico-psychologiques* de février 1951.)

TOULOUSE (E.), SCHIFF, VALTIS et VAN DEINSE. — Ultravirus tuberculeux et démence précoce. (*Société médico-psychologique*, 28 nov. 1932.)

TRÉMOLIÈRES. — Alimentation et santé. (*Le Médecin français*, 23 avril 1950.)

VAN GEHUCHTEN. — Les maladies nerveuses. (Librairie Universitaire de Louvain, 1945.)

VERGE. — Transmission de la tuberculose bovine à l'homme par le lait. (*Concours Médical*, 16 déc. 1950.)

VERMEYLEN (G.). — Le terrain tuberculeux chez les enfants anormaux. (*Congrès des médecins aliénistes et neurologistes*, Bordeaux 1951.)

SAVY. — Thérapeutique. (1943.)

SCHACHTER (M.) et COTTE (Mlle). — Contribution pédo-psychiatrique à l'étude d'un groupe d'enfants issus de parents tuberculeux. (*Le Médecin français*, 25 mai 1950. Analysé dans les *Annales médico-psychologiques de février* 1951.)

TOULOUSE (E.), SCHIFF, VALTIS et VAN DEINSE. — Ultravirus tuberculeux et démence précoce. (*Société médico-psychologique*, 28 nov. 1932.)

TRÉMOLIÈRES. — Alimentation et santé. (*Le Médecin français*, 23 avril 1950.)

VAN GEHUCHTEN. — Les maladies nerveuses. (Librairie Universitaire de Louvain, 1945.)

VERGE. — Transmission de la tuberculose bovine à l'homme par le lait. (*Concours Médical*, 16 déc. 1950.)

VERMEYLEN (G.). — Le terrain tuberculeux chez les enfants anormaux. (*Congrès des médecins aliénistes et neurologistes*, Bordeaux 1951.)